

# DEBATES ONCOLÓGICOS E CUIDADOS PALIATIVOS EM ENFERMAGEM

Euzamar de Araujo Silva Santana  
Ruhena Kelber Abrão Ferreira  
(Organizadores)



**DEBATES ONCOLÓGICOS E CUIDADOS  
PALIATIVOS EM ENFERMAGEM**



Euzamar de Araujo Silva Santana  
Ruhena Kelber Abrão  
(Orgs)

**DEBATES ONCOLÓGICOS E CUIDADOS  
PALIATIVOS EM ENFERMAGEM**

1ª Edição

Quipá Editora  
2021



Copyright © dos autores e autoras. Todos os direitos reservados.

Esta obra é publicada em acesso aberto. O conteúdo dos capítulos, os dados apresentados, bem como a revisão ortográfica e gramatical são de responsabilidade de seus autores, detentores de todos os Direitos Autorais, que permitem o download e o compartilhamento, com a devida atribuição de crédito, mas sem que seja possível alterar a obra, de nenhuma forma, ou utilizá-la para fins comerciais.

**Revisão e Normalização:** Ruhena Kelber Abrão Ferreira

**Conselho Editorial:**

Me. Adriano Monteiro de Oliveira, Quipá Editora / Dra. Alana Maria Cerqueira de Oliveira, Instituto Federal do Acre / Me. Ana Nery de Castro Feitosa, HUWC/Universidade Federal do Ceará / Me. Ana Paula Brandão Souto, HUWC/Universidade Federal do Ceará / Me. Josete Malheiro Tavares, Universidade Estadual do Ceará.

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

---

D286 Debates oncológicos e cuidados paliativos em enfermagem / Organizado por Euzamar de Araujo Silva Santana e Ruhena Kelber Abrão. — Iguatu, CE : Quipá Editora, 2021.  
121 p. : il.

ISBN 978-65-89973-56-0  
DOI 10.36599/qped-ed1.102

1. Saúde. 2. Oncologia. 3. Câncer. 4. Enfermagem. I. Santana, Euzamar de Araujo Silva. II. Abrão, Ruhena Kelber. III. Título.

CDD 616.99

---

Elaborada por Rosana de Vasconcelos Sousa — CRB-3/1409

Obra publicada pela Quipá Editora em novembro de 2021.

Quipá Editora  
www.quipaeditora.com.br  
@quipaeditora

# Apresentação

Nas últimas décadas a expectativa de vida da população mundial tem aumentado gradativamente. Os avanços da ciência das tecnologias têm possibilitado ao ser humano viver mais, porém, conseqüentemente, ele está mais susceptível às doenças crônicas, muitas delas tendo a idade como um fator de risco, a exemplo do câncer. Uma grande preocupação da comunidade científica e dos profissionais da saúde é proporcionar à humanidade uma vida longa e com qualidade. Nesse cenário, emerge uma inquietude a respeito da relevância dos cuidados ao paciente com neoplasia, destacando-se a importância da equipe de enfermagem na assistência. Percebe-se a necessidade de intensificar os debates e investimentos em Políticas Públicas de Atenção ao Paciente Oncológico, considerando os aspectos biopsicossocioespirituais que envolvem o ser humano.

Nesse contexto, buscou-se compilar na presente obra estudos inerentes a Atenção ao Paciente com Câncer, sendo grande parte dos capítulos resultantes de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) de alunas dos cursos de graduação em Enfermagem da Faculdade de Imperatriz - Facimp-Wyden, da Unidade de Ensino Superior do Sul do Maranhão - UNISULMA, e da Faculdade de Colinas do Tocantins, que durante a sua formação desenvolveram sensibilidade e uma afinidade pela oncologia, bem como um trabalho de conclusão de curso da especialização em Gestão de Redes de Atenção à Saúde Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da FIOCRUZ.

Tendo como ponto de partida os debates realizados durante as disciplinas de Oncologia, Saúde da Mulher e Saúde do Adulto, percebeu-se a necessidade de fomentar estudos que abordassem aspectos como: a relevância da adesão do paciente ao diagnóstico e tratamento do câncer; a importância dos cuidados de enfermagem ao paciente oncológico; os desafios percebidos pela equipe de saúde durante a oferta de cuidados oncológicos; e a percepção dos pacientes terminais a respeito dos cuidados paliativos. Compreende-se que mesmo diante da impossibilidade de cura é possível cuidar, proporcionando qualidade de vida e de finitude, ao ser humano.

A partir dos resultados obtidos percebeu-se a necessidade de sistematizar os trabalhos em forma de textos e compartilhar as descobertas com a comunidade científica e profissionais de saúde, no intuito de aguçar uma reflexão mais profunda a respeito das Políticas Públicas de Atenção à Saúde dos Pacientes Oncológicos e contribuir para qualificar a formação básica na área da saúde.

Desejamos ótimas reflexões e uma excelente construção do conhecimento.

*A organizadora e o organizador.*

# Prefácio

A enfermagem, é uma ciência voltada ao cuidado holístico, sendo as/os enfermeiras/os os profissionais que tendem a ter mais contato com os pacientes, nos vários níveis de atenção à saúde, devendo estes estarem aptos a prestar uma assistência humanizada e segura aos usuários.

O diagnóstico de câncer afeta significativamente a vida do paciente, nas dimensões biopsicossocioespíritual, em virtude da modificação da sua rotina, dependência de terceiros, alteração na imagem corporal, entre outras situações, o que pode provocar sofrimento físico e psicológico, desencadeando doenças como depressão, ansiedade e sentimentos de desesperança. O câncer é uma das doenças crônicas não transmissíveis que mais incidiu sobre a população mundial nas últimas décadas, proporcionando repercussões graves no cotidiano dos pacientes. Logo, a/o enfermeira/o, componente da equipe multiprofissional, possui um papel primordial nesse ramo do cuidado. Cabe a este profissional indicar e fornecer orientações relativas às medidas preventivas, identificando e tentando minimizar efeitos colaterais diante os diversos tratamentos disponibilizados, bem como acompanhar a família e dirimir dúvidas relacionadas ao tratamento e cuidado oferecido pela unidade hospitalar. Ainda é função deste profissional propor ações individualizadas conforme as características pessoais e sociais.

Neste contexto, os textos aqui apresentados, objetivam evidenciar os desafios da enfermagem no cuidado aos pacientes com câncer e buscar traços do perfil epidemiológico da patologia no Brasil, bem como os fatores que interferem na assistência de enfermagem ao paciente oncológico.

No primeiro capítulo intitulado, **Educação em saúde e ações de prevenção e controle do câncer do colo do útero: desafios da rede de atenção**, os autores procuraram compreender como as publicações científicas relacionam a educação em saúde nas ações de prevenção e controle do câncer de colo de útero e quais são as práticas vigentes. Em seus achados eles notaram que, a discussão sobre a inserção das várias categorias profissionais, além de médicos e enfermeiros, neste processo de trabalho ainda é incipiente. Para chegar ao objetivo proposto, foram incluídos artigos publicados nas bases de dados on-line SciELO e LILACS, caracterizando a pesquisa como uma revisão integrativa, pois tais publicações têm contribuído para a construção de conhecimento em Educação em Saúde e ao mesmo tempo abrem possibilidades para áreas de pesquisa e inserção de novas categorias profissionais nas ações. Na discussão da pesquisa foi evidenciada a hegemonia do profissional de enfermagem na execução das ações de prevenção e promoção no controle do câncer de colo do útero, assim como o ganho de espaço da “educação em saúde crítica”, de forma significativa, nas abordagens da atenção primária.

Já no segundo capítulo, **A importância da adesão ao exame papanicolau na prevenção do câncer de colo do útero** segundo tumor mais prevalente na população feminina e o segundo maior responsável por morte neste público, no Brasil é um Adenocarcinoma, com origem nas glândulas produtoras de muco, principalmente em decorrência da infecção causada pelo Papiloma Vírus Humano (HPV). O exame citopatológico é o procedimento mais indicado para o rastreamento deste câncer. Os autores neste texto objetivam abordar a importância da adesão ao exame Papanicolau, na prevenção do câncer do colo do útero e demonstrar fatores que impedem a adesão de mulheres ao mesmo e identificar a importância da Atenção Primária à Saúde na adesão ou não das mulheres. Configura-se como pesquisa descritiva, de revisão de literatura, por meio das bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde, Portal de periódicos da Capes, Medical Literatura e Analysis and Retrieval System Online – Mediline, e Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS, entre os anos de 2010 e 2020. Os resultados nos permitem demonstrar que o método mais efetivo de rastreamento do câncer do colo do útero é o exame citopatológico. Fatores como baixa renda familiar, baixa escolaridade, condição de solteira, ausência de sinais e sintomas, desmotivação, falta de tempo, vergonha do procedimento, situação laboral e moradia em área rural, inibem a adesão ao exame.

Na sequência, na pesquisa, **Cuidados de enfermagem ao paciente oncológico** os autores objetivaram demonstrar a importância dos cuidados de enfermagem no tratamento do câncer, nos diversos ambientes de cuidado à saúde e evidenciar a importância da capacitação profissional no cuidar da pessoa com câncer. Trata-se de uma pesquisa descritiva, tendo na revisão da literatura o seu foco de estudo nas bases de dados como, Biblioteca Virtual de Saúde, Medical Literatura e Analysis and Retrieval System Online – Mediline, Scientific Electronic Library Online, SCIELO, além de bases de dados das Instituições de Ensino Superior em Saúde, buscou-se artigos completos, em português e de acesso gratuito, publicados entre os anos de 2005 e 2020. Como descritores os autores utilizaram “Cuidados de Enfermagem”, “Enfermagem”, “Neoplasias”. Foram selecionados 69 estudos condizentes com o tema da pesquisa, sendo utilizados 21 para consumação do presente estudo, após análise dos dados. Por meio do levantamento bibliográfico foi possível notar que a atuação da enfermagem em oncologia é de grande importância, tanto na prevenção quanto na recuperação dos usuários de saúde, envolvendo conhecimentos complexos, sejam técnicos ou de relações interpessoais, tendo como pilar da assistência, o atendimento humanizado e holístico. Além disso, eles perceberam que o enfermeiro em oncologia atua indicando e fornecendo orientações que vão desde ações preventivas, como, a identificação de efeitos dos tratamentos disponibilizados, tendo como fundamento primordial o seu aperfeiçoamento de conhecimentos teóricos técnicos.

No texto, **Desafios da enfermagem no cuidado ao paciente com câncer** trata-se de uma

revisão da literatura que trata da temática nas bases de dados, Portal de periódicos da Capes, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); e Medical Literature e Analysis and Retrieval System Online – Mediline, adotando-se os descritores: “Câncer”, “Cuidados”, “Assistência de enfermagem” e “Desafios”. Seleccionados 39 artigos inicialmente, apenas 24 foram incluídos por atenderem ao objetivo proposto. Os resultados demonstram que as principais terapêuticas realizadas com pacientes com câncer voltam-se ao tratamento quimioterápico e intervenções cirúrgicas. A complexidade do tratamento oncológico requer do enfermeiro habilidades técnicas e científicas, bem como de relações interpessoais e cuidados individualizados, tendo a enfermagem a responsabilidade de demonstrar conhecimento, afetividade, boa comunicação e empatia, sendo estes elementos indissociáveis da boa assistência.

No capítulo seguinte, **Aspectos psicológicos promovidos pelo enfermeiro a pacientes portadores de câncer em estado terminal** trata-se de um estudo de revisão da literatura sobre o câncer, terminologia usada para designar o conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum a modificação da estrutura do ácido desoxirribonucléico por agentes multicausais conhecidos como carcinogênicos, resultando no crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos. Sendo necessária uma nova modalidade de cuidados conhecidos como cuidados de fim de vida ou paliativos, em função da elevada incidência, prevalência e morbimortalidade. Tendo como objetivo elucidar a histofisiopatologia da doença em questão, e qual seria a assistência adequada realizada pelo enfermeiro no setor de urgência e emergência frente ao cliente oncológico em estado terminal. Para atingir este estudo realizou uma busca no banco de dados virtuais SciElo com os descritores oficiais, sendo “Câncer”, “paciente oncológico”, “enfermagem em oncologia” e “cuidados paliativos”, além de livros específicos e manuais do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Câncer. Resultando na ampliação do conhecimento e estratégias assistenciais.

Já as autoras e autores do texto, **Cuidados paliativos: percepção do paciente oncológico frente à terminalidade** realizaram um estudo descritivo, transversal de abordagem qualitativo de dados, realizado em uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) no Município de Imperatriz/MA. Para coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado contendo variáveis envolvendo o perfil socioeconômico, enfrentamentos frente à terminalidade e terapias complementares, bem como o histórico do paciente e familiar. Foram seleccionados 10 sujeitos de ambos os sexos que se enquadram nos critérios de inclusão e exclusão do estudo. Após a coleta, os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo emergindo quatro categorias: câncer (conhecimento da doença, terminalidade e genética), humanização no cuidado, espiritualidade, enfrentamento do processo de morte e morte. Como conclusão, chegaram à percepção de que os pacientes oncológicos terminais entrevistados não tinham noção que se



encontravam fora das possibilidades terapêuticas, ou seja, sem possibilidade de cura médica e que tão pouco recebiam por parte da equipe de enfermagem as terapias complementares como forma alternativa do tratamento.

Já na pesquisa, **Cuidados paliativos: atuação do enfermeiro frente à terminalidade** os autores, por meio de um estudo bibliográfico, denotam que dentro das patologias que levam o paciente a terminalidade, o câncer, infelizmente, é responsável por uma grande parcela de morbimortalidade no Brasil e no mundo. O paciente fora da possibilidade terapêutica e seus familiares necessitam de cuidados especiais denominados paliativos que visam à melhora da qualidade de vida, prevenção de agravos, tratamento da dor, apoio psicossocial e espiritual. Logo, no texto apresentado são discutidas questões ligadas à atuação da/do enfermeira/o no que tange a morte, finitude e morte.

O desafio da construção desse livro deve-se à percepção da carência da reunião de textos sobre cuidados oncológicos e paliativos, em especial, com um olhar para a enfermagem predominantemente. A organizadora e o organizador desta obra, com este coletivo, nos fazem perceber que precisamos ter um olhar mais holístico sobre as questões ligadas ao processo de morte, morte e finitude, sendo que pesquisadores têm se destacado nestas questões, tanto no estado do Maranhão quanto do Tocantins.

Por fim desejamos uma excelente leitura a todas e todos

*Prof. Enf. Thiago Oliveira Sabino de Lima*

# Sumário

CAPITULO 1	11
EDUCAÇÃO EM SAÚDE E AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: DESAFIOS DA REDE DE ATENÇÃO	
<i>Elisane Barros de Souza</i> <i>Ruhena Kelber Abrão</i>	
CAPITULO 2	35
A IMPORTÂNCIA DA ADESÃO AO EXAME PAPANICOLAU NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO	
<i>Gessyca Maria Diniz Dariz</i> <i>Euzamar de Araújo Silva Santana</i> <i>Ruhena Kelber Abrão</i>	
CAPITULO 3	47
CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ONCOLÓGICO	
<i>Giovanna Maria Barros Almeida</i> <i>Euzamar de Araújo Silva Santana</i> <i>Ruhena Kelber Abrão</i>	
CAPITULO 4	58
DESAFIOS DA ENFERMAGEM NO CUIDADO AO PACIENTE COM CÂNCER	
<i>Khristyele Coelho de Souza</i> <i>Euzamar de Araújo Silva Santana</i> <i>Ruhena Kelber Abrão</i>	
CAPITULO 5	69
APLICABILIDADE DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM CÂNCER TERMINAL	
<i>Roberto de Araújo Oliveira</i> <i>Euzamar de Araújo Silva Santana</i> <i>Ruhena Kelber Abrão</i>	

CAPITULO 6	84
CUIDADOS PALIATIVOS: A PERCEPÇÃO DO PACIENTE ONCOLÓGICO FRENTE À TERMINALIDADE	
<i>Carla Patrícia Ramos Nunes</i> <i>Euzamar de Araújo Silva Santana</i> <i>Ruhena Kelber Abrão</i>	
CAPÍTULO 7	106
CUIDADOS PALIATIVOS: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE À TERMINALIDADE	
<i>Euzamar de Araújo Silva Santana</i> <i>Emily Quintana Xavier de Araujo</i> <i>Ruhena Kelber Abrão</i>	
SOBRE A ORGANIZADORA E O ORGANIZADOR	118
SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES	119
ÍNDICE REMISSIVO	120

## **CAPÍTULO 1**

### **EDUCAÇÃO EM SAÚDE E AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: DESAFIOS DA REDE DE ATENÇÃO**

Elisane Barros de Sousa

*Ruhena Kelber Abrão*

#### **INTRODUÇÃO**

O Decreto 7.508/11 ao regulamentar a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), no que diz respeito à organização do SUS, ao planejamento da saúde, à assistência à saúde e à articulação interfederativa, aponta novos desafios na gestão desse Sistema. A lei 8080/1990 estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

A organização da saúde, nas suas diversas complexidades e demandas sociais da população vêm se estruturando e, desde a promulgação da constituição de 1988 e a publicação da lei 8080/90, o SUS se consolida como política pública. Assim, os cuidados com saúde perpassam a atenção básica, especializada e hospitalar. Sendo rede, cada unidade de serviço ou conjunto integrado de serviços que se chamam “ponto de atenção”. A ligação que ocorre entre os pontos de atenção de uma determinada região de saúde pode ser chamada de *linha de cuidado em rede*.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como arranjo organizativo de ações e serviços de saúde que busca garantir a integralidade do cuidado. Esta tem o objetivo de promover a integração de ações e serviços com atenção integral e humanizada. Já os Pontos de Atenção são espaços que oferecem determinadas ações e serviços de saúde.

A gerência da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer do Tocantins instituiu no âmbito do SUS, estadual, a política para a prevenção e controle do câncer na rede de atenção à saúde junto às pessoas com doenças crônicas, seguindo as determinações da política nacional. Os níveis de atenção em oncologia são: 1) Atenção Básica em Oncologia (presente nos 139 municípios do Tocantins); 2) Atenção Especializada, que compreende os seguintes serviços ambulatoriais e de assistência diagnóstica e terapêutica; e 3) Atenção Hospitalar – diagnóstico definitivo, tratamento dos cânceres (cirurgia, quimioterapia e radioterapia). Além destes conta-se com a Rede de Urgência e Emergência (RUE), responsável por prestar cuidados às pessoas com câncer em face das situações agudas, encaminhando, sempre que necessário, à Unidade de Assistência de Alta Complexidade em

## Oncologia (UNACON).

A atenção oncológica, como política pública de saúde, envolve todas as dimensões da vida humana e as reais demandas sociais de saúde da população, sendo assim, a atenção oncológica abrange desde a promoção, prevenção, detecção precoce e acesso a tratamento. A atenção oncológica abarca atendimento às pessoas acometidas por câncer, mas, também, às pessoas consideradas saudáveis, passando por pessoas com predisposição e aquelas que apresentam sinais e sintomas compatíveis com a necessidade de intervenção ou tratamento. Nesse sentido, a atenção oncológica exige o empreendimento de ações setoriais e intersetoriais de políticas públicas. Desta forma, um marco importante da rede de atenção oncológica do Estado do Tocantins está expresso no Plano Estadual de Promoção da Saúde, Prevenção e Controle do Câncer, cuja última versão é de 2016.

De acordo com o Plano Estadual de Saúde do Estado do Tocantins (2016-2019), a Rede de Atenção à Saúde (RAS) vinha se estruturando de forma fragmentada por meio de Redes Temáticas que não se integravam, além de subfinanciada e sob o desafio de consolidação da governança regional no âmbito do SUS. Em todo o mundo, são estimados 528 mil novos casos de câncer de colo do útero por ano e cerca de 266 mil mortes, sendo o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres (KUSCHNIR e SILVA, 2014, p. 84). O câncer de colo de útero é o terceiro tumor mais incidente nas mulheres brasileiras, e as ações de prevenção primária podem reduzir a mortalidade pela doença. O estado do Tocantins possui uma incidência de 28,6% (INCA, 2014), o maior da Região Norte. Lembrando que é atribuição da Unidade Básica de Saúde, na linha de cuidado, as ações de educação e de conscientização.

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento deste tumor são: infecção pelo papiloma vírus humano (HPV); tabagismo; multiplicidade de parceiros sexuais; uso de contraceptivos orais; multiparidade; baixa ingestão de vitaminas; iniciação sexual precoce; e coinfeção por agentes infecciosos, como o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a Clamídia (*Chlamydia trachomatis*).

O tratamento do câncer de colo de útero é mais efetivo quando a doença é diagnosticada na fase inicial, antes do aparecimento dos sintomas clínicos. Esse fato justifica a importância de estratégias para a detecção precoce desse tipo de câncer e de suas lesões precursoras. Destarte, os grupos mais vulneráveis estão onde existem barreiras de acesso à rede de serviços de saúde, para detecção e tratamento da patologia e de suas lesões precursoras, advindas das dificuldades econômicas e geográficas, insuficiência de serviços e por questões culturais, como medo, desconsideração de sintomas importantes e preconceito.

O câncer de colo do útero é uma patologia que pode ser prevenida, mas, para tanto, as ações de promoção da saúde e prevenção de câncer do colo de útero necessitam de um aporte da Educação em Saúde na sua execução. Sendo necessária como uma estratégia na micropolítica do trabalho com



estas ações que devem ser contínuas e não somente pontuais. Destarte, “a revisão integrativa emerge como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática” (SOUZA *et al*, 2010, p. 102).

Logo, nosso objetivo foi realizar uma revisão integrativa de literatura com o tema Educação em saúde e ações de prevenção e controle do câncer de colo do útero.

## **METODOLOGIA**

Do ponto de vista técnico, tratou-se de uma pesquisa bibliográfica uma vez que foi embasada em material publicado, isto é, livros, artigos e periódicos, inclusive os disponibilizados na Internet. Segundo Gil (2006, p. 65) “a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”.

Para tanto, optou-se pela revisão integrativa para que estes resultados pudessem ser utilizados no planejamento e prática das ações de promoção e prevenção do controle de câncer do colo do útero do estado do Tocantins. A revisão integrativa foi dividida em seis etapas: 1 - identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; 2 - estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, amostragens e busca na literatura; 3 - definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos estudos; 4 - avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5 - interpretação dos resultados; 6 - apresentação da revisão e síntese do conhecimento (MENDES *et al*, 2008). Nesta direção, esta revisão pode promover um conhecimento novo para a prática e um acesso a resultados que possam fundamentar as condutas ou até a tomada de decisão, proporcionando um saber crítico na produção do cuidado.

A revisão integrativa foi realizada a partir de artigos publicados nas bases de dados SciELO e LILACS [base de dados on-line] por meio dos descritores “educação em saúde” e “câncer de colo de útero”. O *corpus* de análise reuniu dez (10) artigos nos quais os critérios de inclusão utilizados para fazer parte da pesquisa foram atingidos. Os artigos formaram um banco de dados indexados e de acesso eletrônico na plataforma SciELO e LILACS em idioma português. Após a escolha do material foi feita uma leitura prévia das publicações e uma identificação, definindo a temática central do texto e ano de publicação. Dessa forma, foi elaborado um quadro de inclusão para expor os artigos que deveriam ser analisados.

A partir da revisão integrativa de literatura e análise sistemática do tema, trouxemos uma análise crítica sobre a importância da educação em saúde destinada às usuárias do SUS e ações de educação permanente em saúde destinada a qualificação do processo de trabalho na rede de atenção oncológica.

Quadro 1- Exposição de artigos analisados

Revista	Tema do Artigo	Ano	Banco de Dados
Revista de APS	Reorganização das ações de prevenção do câncer ginecológico a partir da educação popular em saúde: a experiência da equipe urbana da estratégia de saúde da família de Rio Negro/MS	2009	LILACS
Revista Brasileira de Educação Médica	Educação em saúde para a prevenção do câncer cérvico-uterino	2010	SciELO e LILACS
Ciência & Saúde Coletiva	Educação em saúde para prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do município de Santo Ângelo/RS	2011	SciELO e LILACS
Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	Impacto da capacitação dos profissionais de saúde sobre o rastreamento do câncer do colo do útero em unidades básicas de saúde	2014	LILACS
Cuidarte	Educação popular como instrumento participativo para a prevenção do câncer ginecológico: percepção de mulheres	2015	SciELO e LILACS
Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro	Atividades educativas no controle do câncer de colo do útero: relato de experiência	2015	LILACS
Cuidado é Fundamental – Revista Online de Pesquisa	Controle do câncer do colo do útero: ações desenvolvidas pelo enfermeiro à luz do discurso do sujeito coletivo	2015	LILACS
Revista Brasileira de Enfermagem	Intervenções que favorecem a adesão ao exame de colpocitologia oncótica: revisão integrativa	2016	SciELO e LILACS
Estudos Interdisciplinares em Psicologia	Construção de um material educativo para a prevenção do câncer de colo do útero	2017	LILACS
Ciência Plural	Prevenção do câncer cérvico-uterino: uma ação realizada pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família?	2017	LILACS

Fonte: os autores

Procurou-se conhecer como as ações preventivas contribuem para a organização da rede e compreender a utilização da educação em saúde como estratégia em ações interventivas em saúde numa perspectiva de promoção de saúde. Ao final, buscou-se ainda, uma avaliação dos resultados obtidos numa perspectiva de se formular estratégias para que a rede de atenção do câncer de colo de útero funcione e seus atributos sejam resolutivos com acesso, equidade e longitudinalidade do cuidado, discutindo a interprofissionalidade para além do trabalho multiprofissional na saúde.

## **BREVE HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL E AS AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DO CÂNCER NO TOCANTINS**

Partindo-se de uma análise histórica da educação em saúde nas práticas públicas no Brasil, no controle de doenças crônico-degenerativas, verifica-se uma perspectiva de orientação para a mudança de estilos de vida. Desta forma, torna-se importante contextualizar os modelos de práticas vigentes. Nesta direção, segundo Cyrino e Teixeira (2017, p. 189)

As práticas correntes de educação em saúde em nossos serviços de saúde (...), públicos e privados, têm se caracterizado com uma ação do profissional da saúde voltada para alterar todo “comportamento não saudável” do paciente mediante prescrição de “mudanças de estilo de vida”. Em um contexto pós-transição epidemiológica, com expressivo domínio das doenças crônico-degenerativas na demanda das instituições de saúde, essa “mudança de estilo de vida” está diretamente orientada para o controle de fatores de risco, como o sedentarismo, o tabagismo, o consumo excessivo de gordura animal etc.

Ainda, segundo os autores, no marco que se chamou revolução epidemiológica - a educação em saúde passou a ter uma centralidade a partir da concepção de que esta prática de mudança de comportamento poderia ocorrer racionalmente com base nas informações recebidas pelo paciente. Esta perspectiva, porém, é objeto tradicional da Educação em Saúde. Já, em um segundo momento, estas práticas se articulam com a Comunicação para alcançar seu objetivo de “mudança de comportamento”, numa perspectiva instrumental hegemônica.

De acordo com Cyrino e Teixeira (2017, p. 197), na trajetória histórica da educação em saúde no Brasil, as décadas de 1970 e 1980 correspondem ao período em que fica clara a crise ética do modelo hegemônico. Os anos 1990 correspondem ao período em que também ficará bem evidente sua crise de validade e efetividade prática. A “própria mudança no conceito de saúde aproxima-se da discussão da mudança na abordagem e utilização das metodologias na prática da educação em saúde”. Segundo Feio e Oliveira (2015, p. 709), a Declaração de Ottawa (1986) destaca a necessidade de uma educação em saúde centrada nas necessidades globais e ao mesmo tempo individuais, e para a necessidade de capacitar os indivíduos para uma aprendizagem ao longo da vida, no sentido de controlarem e agirem sobre os seus próprios determinantes de saúde.

Conforme Ricardo Ceccim (2018),

Em relação à atenção ao câncer do colo de útero, numa perspectiva de rede, a Educação em Saúde se coloca com as seguintes abrangências: educação em saúde tal como elencada no programa nacional de prevenção, controle e tratamento do câncer do colo de útero; educação em saúde como componente do tratamento; educação em saúde integrando as ações de promoção da saúde; educação em saúde e informação, relativa à difusão de saberes e divulgação de conhecimentos; educação em saúde e comunicação, relativa aos meios de comunicação social; educação em saúde e campanhas, relativa às medidas de massas e impessoais; educação em saúde e seu lugar na prevenção de doenças, ou seja, ação programática; educação em saúde nos programas de atenção integral à saúde da mulher; educação em saúde como formação de uma cidadania em saúde da mulher; educação em

saúde para construir o “falar franco”, promover a saúde subjetiva ou proteger a subjetividade feminina e, ainda a educação em saúde como prática social e participativa na promoção e alcance dos direitos sociais.

As ações de atenção à saúde e estruturação de programas de promoção, prevenção e tratamento do câncer no estado do Tocantins se confundem com a emancipação e criação do estado do Tocantins, que ocorreu em 1988. Lembrando que estas ações já existiam, pois, até 1988, o Tocantins pertencia à região norte de Goiás e, portanto, eram gerenciadas por esse estado. As ações de promoção da saúde e prevenção do câncer, em um primeiro momento, foram relativas ao enfrentamento de câncer de colo de útero e de mama, por meio do Programa Viva Mulher. Estas começam em agosto de 1998 com a Campanha Nacional de Prevenção do Câncer de Colo do Útero (implanta-se, em nível nacional, o Programa de Combate ao Câncer do Colo do Útero, conforme deliberação do Instituto Nacional do Câncer - INCA). Após essa campanha, foi instituído, no ano de 1999, o Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero com objetivo de reduzir a morbimortalidade por esse tipo de agravo. Em 2002, houve a segunda Campanha de Prevenção do Câncer do Colo do Útero. A partir daí o Programa Viva Mulher inicia-se com ações de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama, com objetivo principal de reduzir a incidência e mortalidade por estes dois tipos de cânceres.

Atualmente, a Gerência da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer do estado do Tocantins realiza capacitações com os seguintes temas: dados epidemiológicos sobre câncer em geral, do colo de útero e de mama; projeção da mortalidade por meio dessas especialidades no Tocantins e no mundo; apresentação das diretrizes e protocolos de encaminhamentos de pacientes com exames de citologia do colo de útero e mamografia alterados. E ainda, os pontos de atenção à saúde para as pacientes que necessitem de seguimento; a importância da coleta com qualidade do exame citopatológico do colo do útero; a relevância do Programa do Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama, além de palestra sobre o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) e sua importância para auxílio na realização do acompanhamento das pacientes.

De acordo com Ceccim e Ferla (2006, p. 180), a noção de linha de cuidado se prende à noção de organização da atenção à saúde que toma em referência o conceito de práticas cuidadoras, de forma que os serviços se mostrem encadeados em uma rede de serviços entrelaçados para a construção da resolutividade assistencial e do acolhimento de pessoas de maneira articulada, respeitosa e comprometida. Ainda, segundo os autores, “a produção de linhas de cuidado traz consigo um processo de desenvolvimento de ações e de serviços de saúde implicados com a construção – com integralidade – das respostas possíveis às vivências individuais do processo saúde-doença”.

A linha de cuidado do câncer de colo do útero e de mama encontra-se descrita na Rede Temática de Atenção à Saúde relativa às doenças crônicas, inscrita na Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 quanto às diretrizes de cuidado e prevenção do câncer de colo de útero e do câncer de mama no âmbito da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas.

O objeto da saúde é a produção do cuidado, por meio da qual se espera atingir a cura e a melhora dos estados de saúde, mas a vida real dos serviços de saúde tem mostrado que, conforme os modelos de atenção adotados, nem sempre a produção do cuidado está efetivamente comprometida com a cura e a promoção da saúde (FEUERWERKER, 2014, p. 42). Desta forma, utiliza-se a competência em Educação em Saúde junto aos usuários, como filtro e como dispositivo para mobilizar conhecimentos úteis e oportunos, localizados na cena do cuidado, que possam fazer avançar a integralidade da atenção no cotidiano. Logo em um processo de comunicação em rede, se caminha para um cenário de superação da educação em saúde tradicional. Para tanto, necessita-se ampliar a educação permanente em saúde junto aos trabalhadores desde um ponto de vista da equipe multiprofissional. No caso da atenção oncológica, conforme Vincent (2007, p. 82):

desenvolver estratégias coerentes com a Política Nacional de Promoção da Saúde, voltadas para a identificação dos determinantes e condicionantes das principais neoplasias malignas e orientadas para o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública e da sociedade.

Quadro 2 – Modelos de Educação em Saúde

Fase	Orientação Conceitual	Suposto da Ação
1º Geração	Educação em Saúde Informativo-Comunicacional	Passividade do sujeito (receptor)
2º Geração	Educação em Saúde Centrada no Comportamento	Mudança de hábitos e estilo de vida
3º Geração	Educação em Saúde Crítica	Mudança da significação dos indivíduos
4º Geração	Educação em Saúde Pós-Crítica	Estudos culturais em educação

Fonte: Elaboração Própria.

## **A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO FERRAMENTA DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA**

As práticas de saúde, em geral, têm sido conduzidas pelo paradigma biomédico, centrado na doença e no consumo dos meios diagnósticos e de tratamento. Partindo-se desta premissa torna-se importante contextualizar a Educação em Saúde e a Educação Permanente em Saúde, a primeira voltada para a ação de atenção integral junto aos usuários e a segunda voltada para o desenvolvimento dos trabalhadores e da instituição de saúde. Como estratégia nas ações referentes a



Rede de Atenção Oncológica, numa perspectiva de alcançar a integralidade e a humanização das práticas, teríamos a Educação em Saúde no contexto da promoção da saúde e a Educação Permanente em Saúde no contexto da montagem das redes de ações e da integração entre serviços. Nesse sentido, conforme Ceccim e Ferla (2006, p. 175):

A organização das ações e dos serviços de saúde de forma usuário-centrada, garantida por equipes multiprofissionais de caráter interdisciplinar, orientada por atos de escuta, acolhimento, atendimento e acompanhamento, deve elevar a resolutividade das práticas de cuidado, dos serviços e do sistema de saúde. Mas é a educação permanente em saúde como política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores em saúde, com o objetivo de implementar projetos de mudança no processo de trabalho e na educação dos profissionais, que colocará o cotidiano e sua qualificação como objeto da integralidade.

Segundo Vincent (2007, p. 81), o câncer tem taxas de mortalidade crescentes apesar dos esforços intensivos e dos grandes investimentos em formação de recursos humanos, equipamentos e desenvolvimento tecnológico para prevenção e assistência nessa área. Nesse sentido, uma das estratégias da Promoção é a Educação em Saúde (educação sanitária e comunicação para saúde). Muitos fatores estão relacionados com a qualidade de vida: padrão adequado de alimentação e nutrição, habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo da vida, ambiente físico limpo e apoio social às famílias. Por outro lado, deve-se evitar a compartimentalização por categorias profissionais nestas intervenções, além de construir, no cotidiano, a noção de serviços integrados e em linha de cuidado.

De acordo com Farinelli *et al* (2017, p. 307), a Educação Permanente é uma importante estratégia educativa de formação em saúde que procura romper com a fragmentação profissional, na busca pela interdisciplinaridade em saúde e na condução do trabalho em saúde. Logo, é preciso refletir sobre a participação ativa daqueles que compõem um grupo multiprofissional. Neste sentido, a educação permanente desempenha um papel significativo na construção de estratégias que qualifiquem a atenção à saúde, principalmente, numa perspectiva de oferta de um atendimento ético, humanizado e de qualidade a partir da qualificação e organização da linha de cuidado com investimento na intersectorialidade. Sendo necessários profissionais orientados para a maior resolutividade de problemas e que possam promover a equidade do acesso aos serviços de saúde.

Segundo Ceccim (2002), com relação à falta de profissionais com preparação adequada, é necessário desenvolver competências de interpretação do processo saúde-doença- cuidado-qualidade de vida vigente para compor propostas de intervenção. É necessário, entretanto, que haja compromisso dos profissionais com o Sistema Único de Saúde.

## **PROMOÇÃO DA SAÚDE E A NOVA CONCEPÇÃO DE SAÚDE**

Na concepção de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde corresponde ao

bem-estar e qualidade de vida, não podendo ser entendida simplesmente como ausência de doenças. A saúde decorre de um processo de determinação social e decisões políticas que impactam as condições de vida e saúde da população. Ressaltamos que segundo a Carta de Ottawa (1986), as condições e requisitos para a saúde são: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

De acordo com Buss (2000, p. 174), a nova concepção de saúde importa uma visão afirmativa, a saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido. Nesse sentido, a intervenção não deveria apenas diminuir o risco de doenças, mas aumentar as chances de saúde e de vida, acarretando uma intervenção multi e intersetorial sobre os chamados determinantes do processo saúde-enfermidade. Nesta direção, uma “intervenção sanitária que não se refere apenas à dimensão objetiva dos agravos e dos fatores de risco, mas aos aspectos subjetivos, relativos, portanto, às representações sociais de saúde e doença”. Saúde, portanto, como direito humano, com responsabilidade estatal e participação da sociedade.

Neste sentido, a concepção de saúde hegemônica é a pior. O processo saúde-doença tem consonância com o estilo de vida e o ambiente. Para Westphal (2012, p. 692) as grandes iniquidades na distribuição do poder, recursos econômicos e outros recursos necessários para a vida interferem nas condições de saúde que são produzidas socialmente, no dia a dia das pessoas em territórios específicos. A partir disso, a importância do saneamento e das políticas públicas de saúde, entre outras. Portanto, “saúde não pode ser entendida só pela melhoria do acesso aos serviços de saúde, mas por um trabalho de cooperação com os outros setores da sociedade”. Desta forma, uma atividade no campo social e da saúde não é somente serviço de saúde.

Podemos definir Promoção da Saúde como campo de conhecimento e de práticas para a qualidade de vida. Ainda se confunde Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças, embora haja diferenças relacionadas à concepção de saúde e de doença. A Promoção é uma ação de base e corresponde a medidas educativas que objetivam melhorar a resistência e o bem-estar geral dos indivíduos (comportamentos alimentares, não ingestão de drogas e tabaco, exercício físico e repouso, contenção de estresse e outros), cuidados com o ambiente (comportamentos higiênicos relacionados à habitação e entornos) e proteção da cidadania (WESTPHAL, 2012, p. 687).

Segundo Westphal (2012), esta expressão está relacionada com autonomia e emancipação em contraponto às “abordagens de cima para baixo, higienistas e normalizadoras da Educação em Saúde e da Prevenção de Doenças”. Neste sentido, um novo marco conceitual veio a partir da aprovação da Carta de Ottawa (1986), que tem por base o conceito de saúde ampliado que relaciona o bem-estar dos indivíduos fundamentado com a ampla causalidade do processo saúde-doença e o enfrentamento das iniquidades.

Conforme Buss (2000), a promoção da saúde é uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos. Dessa forma, conforme o autor, a promoção da saúde é um termo que está associado a um conjunto de valores como: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros.

Ainda ancorados nos pensamentos do autor supracitado, refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais. Isto é, trabalha com a ideia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos. O autor aponta que seria necessário “mais do que o acesso a serviços médico- assistenciais de qualidade”, seria preciso “enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude”, o que requer “políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população” (BUSS, 2000 p. 174).

A promoção da saúde é estratégia fundamental para enfrentar as iniquidades sociais e de saúde. Nesta direção, inclui-se a formulação e advocacia por políticas públicas saudáveis e intersetoriais que deem conta dos determinantes sociais, econômicos, educacionais, ambientais e culturais do processo saúde-doença. Deve-se, portanto, envolver as coletividades no processo de tomada de decisão em relação às políticas de saúde para o enfrentamento de seus problemas. Nessa direção, com estratégias participativas e de governança para enfrentar os determinantes, identificando e mobilizando recursos para o enfrentamento dos problemas de saúde, adotando-se uma visão holística da saúde e da determinação social do processo saúde-doença, intersetorialidade e participação social.

Nesse sentido, na busca pela qualidade de vida, supõe-se que a população deva participar na definição da política social e no controle social e avaliação das ações e serviços dela decorrentes. Cabe ressaltar a responsabilidade dos representantes do governo de todos os níveis, de garantir para a população, através da governança participativa, condições de vida favoráveis à saúde (WESTPHAL, 2012, p. 704-705).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A utilização de intervenções educativas é eficaz para melhorar o nível de conhecimento da população e para a aquisição de comportamentos preventivos ao Controle do Câncer de Colo de Útero. A falta de acompanhamento das mulheres com lesão de alto grau é um dos mais importantes nós identificados na execução das ações de controle do câncer de colo do útero” (KUSCHNIR e SILVA, 2014, p. 104).

Segundo Kuschnir e Silva (2014, p. 95) existe uma clara correlação entre incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e piores condições de vida, assim como maiores dificuldades de acesso às ações e serviços de saúde. Ainda, segundo as autoras, a promoção da saúde passa por ações que atuam sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença que garantam o acesso à informação e à atenção integral à saúde, entretanto, o rastreamento do câncer do colo do útero está baseado na história natural da doença e no reconhecimento de que o câncer invasivo evolui a partir de lesões precursoras, que podem ser detectadas e tratadas adequadamente, impedindo sua progressão. Do ponto de vista biológico, a intervenção é justa e está correta, mas do ponto de vista da educação e promoção da saúde, esta estratégia não abarca todas as significações do processo saúde-doença para as mulheres ou para cada mulher em particular, onde cuidar de sua saúde não resulta apenas do acesso à informação ou a uma rede de serviços, envolve ainda as dimensões de gênero, corpo, sexualidade, religiosidade, violências e lugar sócio-histórico no mundo.

O método principal e mais amplamente utilizado para rastreamento é o teste de Papanicolau (exame citopatológico do colo do útero). O rastreamento realizado no Brasil é de tipo oportunístico, ou seja, é realizado quando a mulher procura o serviço de saúde. De acordo com as diretrizes nacionais, deve ser oferecido às mulheres na faixa etária dos 25 aos 64 anos de idade que já tiveram atividade sexual, com repetição do exame a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com intervalo de um ano. De acordo com Kuschnir e Silva (2014, p. 99), sem coordenação, esta estratégia não funciona mesmo que haja um número suficiente de unidades bem equipadas e profissionais capacitados. Todavia, a fragmentação das ações de saúde e da rede de atenção requer competências de colaboração interprofissional.

Nesse aspecto, Ceccim (2017, p. 55) pontua:

A Educação Permanente em Saúde é uma importante passagem para a composição do trabalho integrado em equipe, atualização em saberes e práticas, interrogação do processo de trabalho e expansão das potências da ação interprofissional, mas todos os nossos saberes precisam ser interdisciplinares, independentemente de profissão, porque não é possível que somente com saberes de saúde venhamos a dar conta das necessidades sociais daqueles que procuram os serviços de saúde.

Em nossa sistematização, verificamos que a revisão integrativa evidencia o estado atual do conhecimento e orienta a aplicação de intervenções que mais condizem com a realidade local. Partindo do princípio de que a Atenção Primária à Saúde é a coordenadora do cuidado que este é o âmbito responsável pelo seguimento longitudinal do cuidado de saúde às usuárias e que a realização do exame citopatológico é apenas o primeiro passo da estratégia de atenção oncológica às mulheres. Nesta direção, pode-se verificar que a dificuldade na referência para a rede secundária prejudica as ações de detecção precoce e se constitui um dos principais desafios na organização da rede de

atenção oncológica do país e uma hipótese para as altas taxas de mortalidade de câncer de colo de útero, assim como um motivo para a não adesão das mulheres ao exame preventivo. Ao fim, conforme analisam Correio *et al* (2015, p. 2436)

é sabido que para o controle do câncer cervical é necessário o envolvimento de todos os níveis de atenção no seu cuidado facilitando não só o acesso da população feminina aos serviços e programas de saúde e a capacidade do SUS para absorver a demanda que chega às unidades como também é indispensável que gestores municipais e estaduais estabeleçam um fluxo assistencial, orientado por critérios de hierarquização dos diferentes níveis de atenção, que permita o manejo e o encaminhamento adequado de casos suspeitos para investigação em outros níveis do sistema.

No primeiro artigo analisado, verificou-se a contextualização de que possa ocorrer uma interpretação equivocada de que a usuária é desprovida de cuidado que possa haver divergência entre o saber teórico dos acadêmicos do saber prático das usuárias e ao mesmo tempo recomenda-se promover a educação em saúde no âmbito da autovalorização, da prevenção e da promoção da saúde com foco no profissional da enfermagem para realização desta intervenção. Já no artigo segundo e terceiro, toda ação/estratégia/intervenção corrobora com a afirmativa de Kuschnir e Silva (2014) de quem sem rede integrada, não há vínculo adequado.

Na análise do artigo quarto, há recomendação de que é fundamental que as mulheres encontrem uma rede qualitativamente e quantitativamente capaz de suprir essa necessidade em todo o país, bem como a análise de que o acesso aos serviços e mudanças nos processos de trabalho podem trazer resultados eficazes. Enfatiza, portanto, que a formação e qualificação é necessária para o rastreamento organizado e que ocorra diferenças entre a prática vigente e as normas do Ministério da Saúde. Assim, a ampliação de espaços para a conversa e a escuta na atenção primária à saúde tem sido apontada como fundamental para qualificar as práticas e alterar positivamente a percepção e a vivência das mulheres quanto à prevenção do câncer do colo de útero (OLIVEIRA e PINTO, 2007 apud PRADO *et al* 2009, p. 502).

Com relação ao artigo quinto, fica explícito que o acesso tem importância nas ações educativas e de redução de mortalidade e este coloca a cidadania como eixo de prevenção da doença e promoção da saúde. Faz críticas concisas com relação às práticas assistencialistas, fragmentadas e medicalizadas pelas equipes de saúde da família, colocando a não qualificação do profissional de enfermagem para realizar o Papanicolau como “desvalorização nas unidades”.

Destarte, conforme Pinho e França Jr., 2003 (apud Prado *et al* 2009, p. 502)

um programa de prevenção do câncer de colo de útero não pode levar em conta apenas aspectos biológicos e políticos da saúde da mulher, mas também o compromisso ético que respeite sua autonomia e a individualidade, criando espaço que respeite inclusive seu direito de dizer não aos testes oferecidos, se esse for seu desejo.



Em consonância com a presença hegemônica dos profissionais de enfermagem nas ações educativas em saúde, o artigo sexto reforça o pensamento de que é o enfermeiro o responsável por desenvolver ações de educação em saúde. Ao mesmo tempo, propõe a construção de práticas de saúde mais participativas e emancipatórias e que a educação em saúde deve ser pautada na estimulação do diálogo, da reflexão, da ação partilhada e do questionamento que quanto “maior a participação das mulheres no processo de educação, mais efetivo ele é”.

Também aponta a hipótese de que as altas taxas de incidência decorreram da inexistência ou pouca eficiência dos programas de rastreamento. Sobre o papel dos enfermeiros, “compreende-se a relevância do profissional pelo fato de, ao atuar no primeiro nível de atenção à saúde, poder desenvolver um papel de protagonista na mobilização e adesão das usuárias à prevenção de câncer do colo do útero” (CORREIO *et tal*, 2015, p. 2431).

O sétimo artigo revelou ser o primeiro a citar a perspectiva de rede de atenção além do processo de trabalho e prática vigente. Aponta a questão de gênero nos grupos educativos, faz uma reflexão sobre o papel da mulher como mãe e trabalhadora e que mesmo diante das dificuldades há uma importância de seu protagonismo. Discute as redes de atenção à saúde, a importância da continuidade do cuidado, a integralidade e a resolutividade no cuidado em vários níveis de atenção. Destarte, podemos lembrar que as

redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde humanizados que permitem ofertar uma atenção contínua e integral no tempo e lugar certos, com qualidade e com responsabilidades sanitárias e econômicas para determinada população (CORREIO *et tal*, 2015, p. 2435).

Quanto ao artigo oitavo, nono e décimo verificou-se que o primeiro trata de uma revisão integrativa e fala da baixa adesão da população feminina ao exame preventivo. Já o segundo, foi o primeiro a realizar um estudo interdisciplinar, ressaltando a importância da inserção da vacina contra o HPV como grande avanço na prevenção do câncer de colo de útero (CCU) e abordando boas estratégias utilizando-se de material educativo, por meio de instrumental da aprendizagem significativa.

Já o terceiro volta a destacar a importância do enfermeiro na prevenção do CCU e exalta a importância de investir em novas práticas de saúde que invistam no uso de metodologias ativas. Depreende-se que conforme Souza *et al* (2015, p. 893), os profissionais precisam desenvolver sensibilidades para perceberem que as usuárias têm percepções e necessidades individuais, contribuindo para que ela venha a ter “uma consciência crítica e reflexiva, além de uma visão construtiva do processo educativo que possa levar a uma ação transformadora”.

Nessa direção, é fundamental que o profissional não imponha seus conhecimentos, mas que

agregue informações corretas ao conhecimento popular, e favoreça a conscientização e a busca voluntária por cuidados adequados à sua saúde” (VALENTE *et al* 2015 p. 1902).

Quadro 3 – Caracterização dos Artigos quanto ao periódico e autores

	<b>Título</b>	<b>Ano e base de dados</b>	<b>Periódico</b>	<b>Autores(as)</b>
<b>01</b>	Reorganização das ações de prevenção do câncer ginecológico a partir da educação popular em saúde: a experiência da equipe urbana da estratégia de saúde da família de Rio Negro/MS	2009 LILACS	Revista de APS	Ernande Valentin do Prado; Wilma Suely Batista Pereira; Mônica de Assis
<b>02</b>	Educação em saúde para a prevenção do câncer cérvico-uterino	2010 SciELO e LILACS	Revista Brasileira de Educação Médica	Bruna Côrtes Rodrigues; Ana Catarine Melo de Oliveira Carneiro; Tábata Longo da Silva; Ana Cláudia Nunes Solá; Natália de Melo Manzi; Noel Peixoto Schechtman; Hugo Leonardo Gonçalves de Oliveira Magalhães; Jane Lynn GarrisonDytz
<b>03</b>	Educação em saúde para prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do município de Santo Ângelo/RS	2011 SciELO e LILACS	Ciência & Saúde Coletiva	Micheli Renata Casari; Jaqueline da Costa Escobar Piccoli
<b>04</b>	Impacto da capacitação dos profissionais de saúde sobre o rastreamento do câncer do colo do útero em unidades básicas de saúde	2014 LILACS	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria	Ariadne Ferreira Amaral; Eduardo Silva Araújo; Juliana Cristina Magalhães; Érika Aparecida Silveira; Suelene Brito do Nascimento Tavares; Rita Goreti Amaral
<b>05</b>	Educação popular como instrumento participativo para a prevenção do câncer ginecológico: percepção de mulheres	2015 SciELO e LILACS	Cuidarte	Kaliandra Ramos de Souza; Gilvânia Patrícia do Nascimento Paixão; Eliana do Sacramento de Almeida; Anderson Reis de Sousa; Josinete Gonçalves dos Santos Lirio; Luana Moura Campos
<b>06</b>	Atividades educativas no controle do câncer de colo do útero: relato de experiência	2015 LILACS	Revista de enfermagem do centro oeste mineiro	Carolina Amancio Valente; Viviane Andrade; Maurícia Brochado Oliveira Soares; Sueli Riul da Silva
<b>07</b>	Controle do câncer do colo do útero: ações desenvolvidas pelo enfermeiro à luz do discurso do sujeito coletivo	2015 LILACS	Cuidado é Fundamental – Revista Online de Pesquisa	Kelly Diogo de Lima Correio; Anne Ingrid Gomes Ramos; Rebeca Lídia Gomes dos Santos; Magaly Bushatsky; Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros Correio
<b>08</b>	Intervenções que favorecem a adesão ao exame de colpocitologia oncótica: revisão integrativa	2016 SciELO e LILACS	Revista Brasileira de Enfermagem	Maurícia Brochado Oliveira Soares; Sueli Riul da Silva

09	Construção de um material educativo para a prevenção do câncer de colo do útero	2018 LILACS	Estudos Interdisciplinares em Psicologia	Ana Carolina Peuker; Natália Britz de Lima; Karine de Mello Freire; Caio Marcelo Miolo de Oliveira; Elisa Kern de Castro
10	Prevenção do câncer cérvico uterino: uma ação realizada pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família?	2017 LILACS	Ciência Plural	Alexandre Bezerra Silva; Maísa Paulino Rodrigues; Amanda Paulino de Oliveira; Ricardo Henrique Vieira de Melo

Fonte: os autores

Quadro 4 – Caracterização dos Artigos quanto à tipologia de estudo

	<b>Título</b>	<b>Ano e base de dados</b>	<b>Área de Conhecimento da Publicação</b>	<b>Características Metodológicas do Estudo</b>	<b>Abordagem do Estudo</b>
01	Reorganização das ações de prevenção do câncer ginecológico a partir da educação popular em saúde: a experiência da equipe urbana da estratégia de saúde da família de Rio Negro/MS	2009 LILACS	Enfermagem	Relato de Experiência	Reorganização da rotina de trabalho
02	Educação em saúde para a prevenção do câncer cérvico-uterino	2010 SciELO e LILACS	Enfermagem e Médica	Relato de Experiência	Relato descritivo sobre uma atividade de educação em saúde
03	Educação em saúde para prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do município de Santo Ângelo/RS	2011 SciELO e LILACS	Ciências Biológicas	Pesquisa com abordagem quantitativa	Realização de palestras e encontros nos grupos de convivência
04	Impacto da capacitação dos profissionais de saúde sobre o rastreamento do câncer do colo do útero em unidades básicas de saúde	2014 LILACS	Análises Clínicas: Farmácia	Pesquisa com abordagem qualitativa	Estudo de Intervenção com estudo de variáveis
05	Educação popular como instrumento participativo para a prevenção do câncer ginecológico: percepção de mulheres	2015 SciELO e LILACS	Enfermagem	Pesquisa-Ação com abordagem qualitativa	Grupo focal para coleta de dados
06	Atividades educativas no controle do câncer de colo do útero: relato de experiência	2015 LILACS	Enfermagem	Relato de Experiência	Pesquisa interface com extensão

07	Controle do câncer do colo do útero: ações desenvolvidas pelo enfermeiro à luz do discurso do sujeito coletivo	2015 LILACS	Enfermagem	Pesquisa com abordagem qualitativa	Estudo interpretativo com abordagem qualitativa e aplicação de questionário semiestruturado
08	Intervenções que favorecem a adesão ao exame de colpocitologia oncótica: revisão integrativa	2016 SciELO e LILACS	Enfermagem	Revisão integrativa de literatura	Busca on-line, nas bases de dados: LILACS, SciELO e Pubmed®
09	Construção de um material educativo para a prevenção do câncer de colo do útero	2018 LILACS	Interdisciplinar	Pesquisa Empírica	Produção de material educativo
10	Prevenção do câncer cérvico-uterino: uma	2017 LILACS	Interdisciplinar	Pesquisa com abordagem	Estudo descritivo
	ação realizada pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família?			qualitativa	com entrevistas abertas  e análise de conteúdo; estudo do tipo exploratório, de natureza qualitativa

Fonte: os autores

Quadro 5 – Caracterização dos Artigos quanto às categorias profissionais

	<b>Título</b>	<b>Ano e base de dados</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Intencionalidade</b>	<b>Categoria profissional envolvida</b>
01	Reorganização das ações de prevenção do câncer ginecológico a partir da educação popular em saúde: a experiência da equipe urbana da estratégia de saúde da família de Rio Negro/MS	2009 LILACS	Apresentar esta experiência e seu potencial para promover o acesso humanizado da mulher às ações preventivas do câncer ginecológico na atenção básica em saúde	Criar uma situação em que a mulher pudesse participar de forma mais ativa de todo processo	Enfermeiros(as)
02	Educação em saúde para a prevenção do Câncer cérvico-uterino	2010 SciELO e LILACS	Relatar uma experiência prática em educação em saúde acerca do tema prevenção do câncer cérvico-uterino que foi realizada em Ceres e Santa Isabel (GO)	Não identificada	Médicos(as) e Enfermeiros(as)
03	Educação em saúde para	2011	Promover educação em	Promover	Biólogas

	prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do município de Santo Ângelo/RS	SciELO e LILACS	saúde sexual e conhecer o perfil da saúde sexual de mulheres de Santo Ângelo/RS	palestras voltadas para a educação em saúde e desenvolver uma reflexão crítica entre mulheres de diferentes faixas etárias sobre câncer do colo uterino	
04	Impacto da capacitação dos profissionais de saúde sobre o rastreamento do Câncer do colo de útero em unidades básicas de saúde	2014 LILACS	Avaliar o impacto da capacitação dos profissionais envolvidos no rastreamento do câncer do colo do útero (CCU) em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Goiânia (GO)	Melhorar a qualidade do exame citopatológico para o rastreamento do CCU	Médicos(as), enfermeiros e agentes comunitários de saúde
05	Educação popular como instrumento participativo para a prevenção do câncer ginecológico; percepção de mulheres	2015 SciELO e LILACS	Avaliar a percepção de mulheres sobre o câncer do colo do útero	Prática de educação popular como instrumento participativo	Enfermeiros(as)
06	Atividades educativas no controle do câncer de colo do útero: relato de experiência	2015 LILACS	Relatar a experiência de acadêmicas do curso de enfermagem ao participarem de um projeto de extensão interface com pesquisa	Realização de atividades de educação em saúde com mulheres, estudantes do ensino médio noturno em escolas públicas a respeito do exame de Papanicolau	Enfermeiros(as)
07	Controle do câncer do colo do útero: ações desenvolvidas pelo enfermeiro à luz do discurso do sujeito coletivo	2015 LILACS	Compreender o processo do trabalho do enfermeiro da ESF no controle do câncer do colo do útero do município de Carpina, Pernambuco	Não identificada	Enfermeiros(as)
08	Intervenções que favorecem a adesão ao exame de colpocitologia oncótica: revisão integrativa	2016 SciELO e LILACS	Identificar produções científicas que apresentem intervenção são relevantes para implementar o Programa de Prevenção	Não identificada	Enfermeiros(as)
09	Construção de um material educativo para a prevenção do câncer de colo do útero	2018 LILACS	Descrever o processo de elaboração de um material educativo produzido por profissionais da psicologia, enfermagem e design, direcionado a usuárias da atenção	Não identificada	Enfermeiros(as), Psicólogos(as) Designer



			básica		
10	Prevenção do câncer cérvico-uterino: uma ação realizada pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família?	2017 LILACS	Analisar as intervenções de prevenção e promoção da saúde relacionadas a detecção precoce do câncer cervicouterino desenvolvida pelos enfermeiros das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Assú/RN	Não identificada	Odontólogos(as) e enfermeiros(as)

Fonte: os autores

Quadro 6 – Caracterização dos Artigos quanto à construção e ao desfecho

	<b>Título</b>	<b>Ano e base de dados</b>	<b>Estratégias e/ou intervenções realizadas</b>	<b>Resultados</b>	<b>Recomendação dos(as) autores(as)</b>
01	Reorganização das ações de prevenção do câncer ginecológico a partir da educação popular em saúde: a experiência da equipe urbana da estratégia de saúde da família de Rio Negro/MS	2009 LILACS	A ampliação de espaços para a conversa e escuta na atenção primária/Atividades educativas nas escolas	A reorganização das ações de prevenção do câncer ginecológico e em princípios da Educação Popular em Saúde	Reflexões e práticas que promovam o acesso humanizado das mulheres às ações preventivas do câncer ginecológico na atenção básica em saúde
02	Educação em saúde para a prevenção do câncer cérvico-uterino	2010 SciELO e LILACS	Promoção de rodas de conversa na sala de espera das unidades básicas de saúde/Confecção e distribuição de cartazes/panfletos; produção de um programa de rádio	A utilização da mídia impressa e verbal tem um alcance de difícil delimitação. As conversas na sala de espera foram de menor impacto quantitativo, mas permitiu a maior interação entre os acadêmicos e as usuárias	A educação em saúde é um ponto fundamental na edificação de um sistema de saúde mais eficaz e, portanto, mais experiências devem ser relatadas a fim de que se expanda tal prática
03	Educação em saúde para prevenção do câncer de colo	2011 SciELO e LILACS	Palestras voltadas para a educação em saúde	Mesmo enfrentando dificuldades e medo, a grande maioria das mulheres procura o serviço de saúde para se submeter ao exame de prevenção do câncer cérvico-uterino.	Priorizar atividades de educação para o diagnóstico precoce e rastreamento em mulheres sintomáticas e assintomáticas, respectivamente. Realizar educação permanente em saúde, atividades educativas junto às mulheres, parcerias entre serviços de saúde e universidades e/ou escolas e organizações que trabalham com esse tema e que possam promover a atenção para prevenção do

					Câncer do colo do útero
04	Impacto da capacitação dos profissionais de saúde sobre o rastreamento do câncer do colo do útero em unidades básicas de saúde	2014 LILACS	Preenchimento correto do formulário de requisição do exame citopatológico do colo do útero	Diminuição da devolução dos exames às UBS, aumento significativo da frequência das amostras satisfatórias e redução das amostras com fatores obscurecedores	O preenchimento correto das informações, implementação de capacitações dos profissionais envolvidos no rastreamento do CCU
05	Educação popular como instrumento participativo para a prevenção do câncer ginecológico: percepção de mulheres	2015 SciELO e LILACS	Educação popular como instrumento de participação dialógica dos sujeitos/ grupo focal rodas de conversas dialógicas e dinâmicas	Há um conhecimento pré-existente entre as participantes acerca da prevenção do câncer ginecológico	O profissional de saúde precisa refletir sobre as formas de educação voltadas para prevenção da saúde e promoção da saúde
06	Atividades educativas no controle do câncer de colo do útero: relato de experiência	2015 LILACS	Atividade educativa preparada pelas acadêmicas e docentes por meio de estudos sobre o tema	É preciso ouvir a comunidade antes de transmitir informações e a comunidade possui seus saberes embora às vezes, envoltos por informações distorcidas	Necessário investir no desenvolvimento de ações para a prevenção e controle do câncer do colo de útero abrangendo os diferentes níveis de atuação
07	Controle do câncer do colo do útero: ações desenvolvidas pelo enfermeiro à luz do discurso do sujeito coletivo	2015 LILACS	Palestras, cartas-convite ou telefonemas	Este estudo mostrou que o enfermeiro que está inserido na atenção primária e tem o papel de gerente e provedor da assistência à saúde	Recomenda que gestores locais invistam em educação permanente com profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros
08	Intervenções que favorecem a adesão ao exame de colpocitologia oncótica: revisão integrativa	2016 SciELO e LILACS	Educação em saúde, a sensibilização cultural, campanhas na mídia, a utilização de impressos e busca ativa	A atividade educativa é a intervenção mais utilizada nos artigos científicos para aumentar a adesão das mulheres à realização do exame de colpocitologia oncótica	Não identificada
09	Construção de um material educativo para a prevenção do câncer de	2018 LILACS	Origami como estratégia em tornar a leitura	Confecção de uma cartilha em formato de flor	Promover e fortalecer condutas de autocuidado (fazer o exame

	colo do útero		mais clara e lógica e responder as dúvidas com linguagem coloquial	com quatro histórias relacionados aos comportamentos de prevenção do CCU	preventivo) e ajustar a percepção da doença e de risco (torná-las mais realistas)
10	Prevenção do câncer cérvico-uterino: uma ação realizada pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família?	2017 LILACS	Utilização da sala de espera para fazer palestra, orientando as mulheres acerca de como devem se prevenir	As ações relacionadas à prevenção e ao controle do câncer cérvico-uterino realizadas pelos enfermeiros ainda são incipientes e disparadas pelas campanhas nacionais promovidas pelo MS	Investir em novas práticas de saúde que invistam no uso de metodologias ativas, direcionadas à problemática do câncer do colo do útero, visando estimular as mulheres com vistas à adesão à prevenção e à promoção da saúde

Fonte: os autores

De acordo com Melo *et al* (2017, p. 102), apesar de ser atribuição dos enfermeiros a realização do exame Papanicolau no âmbito da ESF, a detecção precoce do câncer cervicouterino deve ser uma prática cotidiana de todos os profissionais inseridos na atenção básica/saúde da família, considerando seu papel no cuidado voltado ao câncer do colo do útero. Ainda segundo os autores, para que se possa efetivar o controle do CCU, faz-se necessário o acolhimento da mulher desde a primeira consulta, o encaminhamento, quando necessário, para outros níveis de atenção, disponibilizando toda a tecnologia necessária ao diagnóstico e ao tratamento adequado de cada caso.

### CONSIDERAÇÕES

É imprescindível a organização dos processos de trabalho, de modo que a atenção passe a ser integral, multiprofissional e interdisciplinar. O acolhimento deve estar presente em todas as relações e deve haver articulação entre os vários pontos da atenção de forma a promover a continuidade do cuidado e assegurar a longitudinalidade das ações de proteção à saúde da mulher.

Sete artigos apresentam, predominantemente, evidências de uma prática de Educação em Saúde Crítica, com expectativa de construir mudanças significativas segundo o protagonismo das mulheres. Em dois artigos há uma abordagem híbrida da Educação em Saúde como mudança de hábitos e comportamento e Educação em Saúde informativo-comunicacional. Apenas um relaciona precipuamente a reorganização do processo de trabalho na sua contextualização, aproximando-se da Educação em Saúde Pós-Crítica.

Alguns serviços ainda trabalham na lógica biologicista ou tecnicista e a atenção à saúde é

centrada no modelo biomédico, no qual o foco do exercício profissional e institucional é a doença, e não a integralidade do atendimento como o proposto pelo SUS (exercício da integralidade e de desenvolvimento da participação das comunidades no cuidado). Tendo em vista o cotidiano profissional e a necessidade de articulação entre os profissionais de saúde, compartilhamento de experiências interprofissionais e condução de conversas sobre o vivenciado na atuação cotidiana tornam-se essenciais à equipe interdisciplinar a articulação de aprendizagens colaborativas na formação e educação permanente em saúde.

A área da saúde requer educação permanente. E esta é um suporte na implementação do SUS para efetivar seu conceito ampliado em saúde e enfrentar positivamente seus determinantes. Para tanto, faz-se necessário haver mudanças na formação, nas práticas e nos processos de trabalho na saúde. De forma ampla, percebemos um diálogo com a Política Nacional de Atenção Oncológica. No entanto, embora as próprias portarias ministeriais recomendem o trabalho multiprofissional, há uma expressiva centralidade no trabalho da enfermagem nas ações de prevenção e promoção no controle do CCU e nas próprias publicações de periódicos relacionados ao tema, conforme analisado nesta pesquisa.

A Enfermagem tem sido a principal responsável pelo exercício das ações de Educação em Saúde, seja como membro da equipe, seja como a protagonista individual das ações. Deve-se assinalar que se a Educação em Saúde integra o rol de ações de cuidado, objeto profissional da enfermagem, também deve pertencer ao rol de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e construção da cidadania.

Enfim, estas informações que surgem a partir da discussão e análise proporcionada pela revisão integrativa, poderão contribuir na formulação de estratégias para a rede de atenção oncológica de acordo com as diretrizes das políticas nacionais e portarias ministeriais. Os processos de trabalho podem avançar no sentido da intersetorialidade, interprofissionalidade e transdisciplinaridade para além do trabalho multiprofissional, mas principalmente superando o paradigma biomédico.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, A. F.; ARAÚJO; E. S.; MAGALHÃES, J. C.; SILVEIRA, É. A.; TAVARES, S. B. N.; AMARAL, R. G.. Impacto da capacitação dos profissionais de saúde sobre o rastreamento do câncer do colo do útero em unidades básicas de saúde. In: **Rev Bras Ginecol Obstet.**; 36(4):182-7 1, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n4/0100-7203-rbgo-36-04-00182.pdf>

BRASIL. **PORTARIA Nº 483, DE 1º DE ABRIL DE 2014.** Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília, DF. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483\\_01\\_04\\_2014.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html) Acesso em 14.10.2018

**PORTARIA MS/GM Nº 2.439 DE 8 DE DEZEMBRO DE 2005.** Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Legislacao/portaria\\_2439.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Legislacao/portaria_2439.pdf) Acesso em: 29/09/2018

**PORTARIA MS/GM Nº 687 DE 30 DE MARÇO DE 2006.** Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687\\_30\\_03\\_06.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf) Acesso em 29/09/2018

Curso de autoaprendizado **Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2012. Disponível em: [https://edisdisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4342690/mod\\_resource/content/1/Apostila%20MS%20-%20RAS\\_curso%20completo-M%C3%B3dulo%202-APS%20nas%20RAS%20-%20Pg%2031-45.pdf](https://edisdisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4342690/mod_resource/content/1/Apostila%20MS%20-%20RAS_curso%20completo-M%C3%B3dulo%202-APS%20nas%20RAS%20-%20Pg%2031-45.pdf)

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. In: **Revista Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, n 5 (1), p.163-177, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf> Acesso em 11.02.2018

CARNEIRO, A. C.; SOLÁ, A. C. N.; RODRIGUES, B. C.; MAGALHÃES, H. L. G. de O.; DYTZ, J. L. G.; MANZI, N. de MELO; SCHECHTMAM, N. P.; SILVA, T. Longo da. Educação em Saúde para a Prevenção do Câncer Cérvico – uterino. In: **revista brasileira de educação médica.** 36 (1, Supl, 1) p.149-154, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022012000200020&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000200020&lang=pt) Acesso em 27/08/2018

CASARIN, M. R.; PICCOLI, J. da C. E.. Educação em Saúde para prevenção do Câncer de Colo do Útero em Mulheres do Município de Santo Ângelo/RS. In: **Ciência & Saúde Coletiva,** 16(9), p. 3925-3932, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a29v16n9>

CECCIM, R. B. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva. In: **Bol. da Saúde,** v. 16, n. 1, 2002 [file:///C:/Users/User/Downloads/20140520170955v16n1\\_03inovacao.pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/20140520170955v16n1_03inovacao.pdf) Acesso em 29/09/2018

CECCIM, R. B. Interprofissionalidade e experiências de aprendizagem: Inovações no cenário brasileiro. In: TOASSI, R. F. Ceriotti (orgs.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?.** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.

CECCIM, R. B. **Educação em Saúde e sua abrangência.** Porto Alegre: 2018. Material enviado a partir de um e-mail.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: MATTOS, Ruben Araújo e PINHEIRO, Roseni (orgs.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p.165-184. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/gestao-em-redes-final.pdf> Acesso em 24/10/2018

COLLAR, J. M.; FERLA, A. A.; NETO, J. B. A. Educação permanente e o cuidado em saúde: ensaio sobre o trabalho como produção inventiva. In: **Saúde em Redes.** 1 (4) , p. 53-64, 2015.

Disponível em: [http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/644/pdf\\_15](http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/644/pdf_15)  
 Acesso em 26/08/2018

CORREIO, K. D. L. ; RAMOS, A. I. G.; SANTOS, R. L. G.; BUSHATSKY, M.; CORREIO, M. B. S. C. B, Controle de câncer do colo do útero: ações desenvolvidas pelo enfermeiro à luz do discurso do sujeito coletivo. In: R. **res.:care.online**, abr. /jun; 7(2) p.2425-2439, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/3780-24605-2-PB.pdf>

CYRINO, A. P. TEIXEIRA, R. R.. Saúde Pública, Mudança de Comportamento e Criação: da educação sanitária à emergência da inteligência coletiva em saúde. In: Bertucci, et al (orgs.). **Saúde e Educação: um encontro plural**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

FEUERWERKER, L. C. M. (Org). **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde). Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/micropolitica-e-saude-pdf/view> Acesso em 26/08/2018

FEIO, A.; OLIVEIRA, C. C. Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. In: **Saúde Soc. São Paulo**, v. 24, n. 2, p.703-715, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00703.pdf> Acesso em 26/08/2018

GRUZMAM, C. TEIXEIRA, L. A. Os Materiais Educativos para a Prevenção do Câncer no Brasil: da perspectiva histórica à dimensão educativa. In: Bertucci, et al (orgs.). **Saúde e Educação: um encontro plural**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

PEUKER, A. C.; OLIVEIRA, C. M. M.; CASTRO, E. K.; FREIRE, K. de M.; LIMA, N. B. Construção de um material educativo para a prevenção do câncer de colo do útero. In: **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**. Londrina, v. 8, n. 2, p.146-160, dez. 2017. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/eip/article/view/25114/23148>

PRADO, E. V. do; PEREIRA, W. S. B.; ASSIS, M. de. Reorganização das ações de prevenção do câncer ginecológico a partir da educação popular em saúde: a experiência da equipe urbana da estratégia de saúde da família de rio negro/ms. In: **Rev. APS**, v. 12, n. 4, out/dez, p.498-503, 2009

SILVA, A. B.; OLIVEIRA, A. P.; RODRIGUES, M. P.; MELO, R. H. V. de. Prevenção do câncer cervicouterino: uma ação realizada pelos enfermeiros da estratégia saúde da Família?. In: **Revista Ciência Plural**. 3(2), p.99-114, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/12926-Texto%20do%20artigo-40295-1-10-20171211.pdf>

SILVA, L. B.; KUSCHNIR, R. Definindo o problema. In: FAUSTO, M. C. Rodrigues e KUSCHNIR, R. (orgs.). **Gestão de Redes de Atenção à Saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. p. 77-92.

SOARES, M. B. O; SILVA, S. R. da. Intervenções que favorecem a adesão ao exame de colpocitologia oncológica: revisão integrativa. In: **Rev Bras Enferm** [Internet]. Mar-abr, 69(2), p.404-14, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/en\\_0034-7167-reben-69-02-0404.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/en_0034-7167-reben-69-02-0404.pdf)

SOUZA, K. R. de; PAIXÃO, G. P. do N.; ALMEIDA, E. S.; SOUSA, A. R. de; LIRIO, J. G. dos S.; CAMPOS, L. M.. Educação popular como instrumento participativo para a prevenção do câncer ginecológico. In: **Revista CUIDARTE**. 6(1), p.892-899, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v6n1/v6n1a03.pdf>

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. In: **Einstein**, 8(1 Pt 1) 102-6, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf) Acesso em 26/08/2018

VALENTE, C. A.; ANDRADE, V.; SOARES, M. B. O.; SILVA, S. R. da. Atividades educativas no controle do cancer de colo de útero: relato de experiência. In: **R. Enferm. O. Min.**, set/dez; 5(3) p.1838-1904, 2015. Disponível em:<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/576/941>

VINCENT, S. P. Educação permanente: componente estratégico para a implementação da política nacional de atenção oncológica. In: **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, n 55 (1), p.79-85, 2007. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_53/v01/pdf/secao\\_especial2.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_53/v01/pdf/secao_especial2.pdf) Acesso em 29/09/2018

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In:campos, Gastão Wagner de Sousa [et al]. Tratado de Saúde Coletiva. 2º ed. **rev. Aum.** - São Paulo: HUCITEC, 2012. p.681-71



## **CAPÍTULO 2**

# **A IMPORTÂNCIA DA ADESÃO AO EXAME PAPANICOLAU NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO**

*Gessyca Maria Diniz Dariz*

*Euzamar de Araújo Silva Santana*

*Ruhena Kelber Abrão*

## **INTRODUÇÃO**

O câncer é uma denominação dada a um conjunto de mais de cem doenças, caracterizadas pelo crescimento desordenado de células que invadem órgãos e tecidos. Estas células desordenadas dividem-se rapidamente e tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores denominados malignos, que podem alastrar-se para outras áreas do corpo (INCA, 2016).

O câncer do colo do útero é responsável por aproximadamente 10% de todos os casos de câncer no mundo. Fato este que reflete em aproximadamente meio milhão de casos por ano, ou em duas mortes por minuto, em decorrência deste agravo (SILVA et al., 2016). No Brasil, é esperado que no triênio de 2020 a 2022 sejam diagnosticados mais de 16 mil casos novos de câncer do colo do útero, com risco estimado em 15,43 a cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2016). Em nível estadual, no Estado do Maranhão, por exemplo, o Instituto Nacional de Câncer estima que, até o término do ano de 2020, o estado realizará o diagnóstico de até 8.270 casos novos (INCA, 2016).

O Câncer de colo do útero é visto como o segundo mais prevalente na população feminina e o segundo maior responsável por morte neste público, em solo nacional, ficando atrás apenas da neoplasia da mama. Está associada à infecção pelo Papilomavírus Humano- HPV, especialmente os subtipos 16 e 18, configurando-se, atualmente, como um importante problema de saúde pública. Apesar de apresentar grande potencial de prevenção e cura, quando diagnosticado precocemente, o câncer de colo uterino vem sendo apontado como uma das mais importantes preocupações em nível mundial (PEREZ, 2015).

Portanto, a realização da pesquisa justifica-se em razão dos índices de câncer do colo do útero terem aumentado ao longo dos últimos anos, mesmo com toda a tecnologia disponível na contemporaneidade. Diante disso, percebe-se que o nível de aceitação das mulheres ainda é muito baixo frente a esta estratégia de diagnóstico e prevenção (BRASIL, 2019). Neste sentido, busca-se esclarecer a seguinte pergunta de pesquisa: Qual a contribuição da realização do exame preventivo do câncer de colo do útero em tempo oportuno, para a prevenção, controle e redução dos índices de

morbimortalidade de mulheres com vida sexual ativa na contemporaneidade? Assim, o estudo tem como objetivo abordar sobre a importância da adesão ao exame Papanicolau na prevenção do câncer do colo do útero.

## **CÂNCER DE COLO DO ÚTERO**

### **Etiologia**

Segundo Kersul (2014), a etimologia da palavra câncer decorre do grego – *Karkínos* (caranguejo) em decorrência das características de um tumor que se assemelha a um caranguejo, observado pela primeira vez por Hipócrates 400 A.C. De acordo com Gadelha et al. (2015) o câncer é uma denominação a um conjunto de mais de cem doenças, com crescimento desordenado de células que invadem órgãos e tecidos.

Estas células desordenadas dividem-se rapidamente e tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores denominados malignos que podem espalhar para outras áreas do corpo, podendo ter causas internas ou externas ao organismo ou estarem inter-relacionadas. Constitui-se, portanto, em um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, principalmente para os países em desenvolvimento, onde estima-se que nas próximas décadas, o impacto populacional do câncer representa 80% dos mais de 20 milhões de casos novos esperados para 2025 (INCA, 2016).

As neoplasias são caracterizadas conforme a sua morfologia e biologia tumoral. Geralmente, os tumores são considerados como qualquer aumento de volume, inchaço e ou tumefação, dando origem inflamatória a uma massa tumoral maligna ou benigna. O termo câncer, o mais conhecido e usado pela população para designar a doença em si, é considerado um tumor maligno, ressaltando-se que, de acordo com o comportamento biológico os tumores podem ser agrupados em dois tipos: malignos e os benignos (GADELHA, et al., 2015).

Além desta classificação, os tumores são diferenciados quanto ao seu comportamento biológico, assim, os malignos possuem crescimento rápido e desordenado, infiltrativo, tem maior autonomia e são pouco diferenciados, possuem mínima semelhança com as células de origem e atividade mitótica maior e atípica (INCA, 2011). Enquanto os tumores benignos possuem semelhança com as células que lhes originaram, as mitoses são raras, tem crescimento lento e expansivo e possuem um estroma e uma rede vascular eficientes, por isso raramente apresentam necrose e hemorragia (GADELHA et al., 2015).

O câncer do colo do útero é configurado como um câncer do tipo Adenocarcinoma, que

começa nas glândulas produtoras de muco, principalmente em decorrência da infecção pelo Papiloma Vírus Humano – HPV, que está presente em mais de 90% de todos os casos de câncer de colo do útero no mundo. Esta neoplasia raramente provoca sintomas na fase inicial, podendo, porém, apresentar manifestações como secreção vaginal aquosa nos pós coito ou ducha. Quando há sangramentos irregulares ou dor após relação sexual a doença já está instalada (BRUNNER; SUDDARTH, 2014).

Ressalta-se que didaticamente pode se dividir o HPV em duas formas distintas, vírus de baixo poder oncogênico, que se refere aos tipos (6, 11, 42 e 44) e vírus com alto poder oncogênico, que são os tipos (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 59, 66, 68, e 70). A transmissão ocorre por meio de contato direto, com a pele infectada, seja por micro traumas ou cortes, podendo ocorrer a transmissão vertical durante o parto. Além disso, o vírus pode também ser veiculado através das mãos, objetos e roupas íntimas, mesmo sendo mais raro (RODRIGUES; SOUSA, 2015).

### **Controle e prevenção do câncer de colo do útero**

O Câncer de Colo do Útero (CCU) é conhecido também como carcinoma cervical, tendo como característica o surgimento e desenvolvimento lento. O combate ao CCU deve se basear em quatro elementos fundamentais que são: a detecção precoce, prevenção primária, diagnóstico/tratamento e os cuidados paliativos, sendo a prevenção o elemento mais eficaz (SILVA et al., 2020).

Ações para fazer o controle desse tipo de câncer passam pelo seu diagnóstico e tratamento das lesões antecessoras em tempo oportuno, tornando possível a cura em 100% dos casos descobertos inicialmente. No Brasil, mesmo com a implementação diagnóstica, o país ainda apresenta uma das mais altas taxas de morte por esse tipo de câncer. Possivelmente, haja uma lacuna entre os avanços técnicos e o acesso da população a eles (BRASIL, 2016).

Relacionada à prevenção primária, a vacina contra o Papiloma Vírus Humano (HPV) é fator importante utilizado pelo Ministério da Saúde, por meio de dois imunobiológicos, a quadrivalente recombinante, que imuniza contra os tipos 6, 11, 16 e 18 do vírus e a bivalente, que confere proteção apenas quanto aos tipos 16 e 18 do HPV (BRASIL, 2018).

Conforme Sousa (2014) há alguns fatores que corroboram para o surgimento deste tipo de câncer, tais como: início precoce da vida sexual, imunossupressão – gestação, diabetes, infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), colagenosas, transplante de órgãos, utilização de drogas imunossupressoras ou corticoterapia, história prévia de doenças sexualmente transmissíveis (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria Gonorrhoeae* e Herpes) e tabagismo.

Desse modo, o Instituto Nacional do Câncer – INCA (2016), recomenda que estas circunstâncias sejam prioritárias para o rastreamento da doença em todo o Brasil, por meio da realização do exame citopatológico, em mulheres com idade compreendida entre 25 a 60 anos, ou que tenham vida sexual ativa antes desta faixa etária. Além destas, prioriza-se também a realização do exame em pessoas com HIV ou imunodeprimidas por outras causas.

De acordo com Oliveira (2014) ainda há dificuldades de aceitação na realização do exame pelas mulheres. Sendo apontado em estudos correlacionados que mais de 80% destas sentem desmotivação ou vergonha de realizar o exame, 60% relatam que os médicos não as examinam e outros 50% apontam que o impeditivo é o tempo de espera para ser atendida e a lentidão no agendamento.

Segundo Oliveira et al. (2014) fatores como condições socioeconômicas têm sido apontados como um dos grandes influenciadores do comportamento preventivo feminino. Pesquisas demonstram que as mulheres que pertencem aos segmentos de maior renda e com maior escolaridade, têm maior probabilidade de realizarem os exames preventivos. Outros fatores podem contribuir para a adesão ou não das mulheres à realização do exame preventivo, como a situação conjugal, número de filhos, a vida ocupacional, terem ou não seguro de saúde, frequência de utilização dos serviços de saúde, residir na área urbana ou rural, dentre outros.

Destaca-se que o exame citopatológico é um método simples que permite a detecção de alterações do colo do útero. É o procedimento mais indicado para o rastreamento do câncer de colo uterino, por ser um exame rápido e indolor, de simples desempenho, que tem se indicado eficaz e eficiente para o emprego na coletividade, além do baixo custo (BRASIL, 2020).

### **Diagnóstico e tratamento do câncer de colo do útero**

Conforme Fernandes et al. (2011) o diagnóstico do câncer de colo uterino é baseado em dados coletados em anamnese e exame físico, além do exame de citologia oncótica cervicovaginal, colposcopia e biópsia. Desta forma, o câncer uterino pode apresentar manifestações clínicas variáveis, inclusive, podendo haver ausência de sintomas em seus estágios iniciais.

Diante disso, a realização do Exame Papanicolau é o método principal e mais seguro no rastreamento do Câncer de Colo do Útero (CCU), sendo considerado um exame de baixo custo, que tem como objetivo a análise de células da ectocérvice e da endocérvice, extraídas através de raspagem do colo uterino, na consulta ginecológica. Por meio do exame é possível a identificação precoce das neoplasias cervicais e outros agravos do colo do útero.

O Câncer de colo do útero, em estágio inicial, é frequentemente observado de forma assintomática. No entanto, quando presentes as manifestações clínicas, estas são evidenciadas como sangramento vaginal, dispareunia e corrimento aquoso, mucóide ou purulento fétido. Além disso, ao exame clínico é possível perceber relato de dor pélvica e/ou lombar, com irradiação para a região posterior dos membros, sinais estes que na maioria das vezes evidenciam que a doença já está em estágio avançado.

Com a realização do exame de colo uterino é possível observar lesões visíveis ao exame ginecológico, podendo variar entre uma cérvix normal ou com lesão superficial que só é possível a visualização com colposcópio, ou mesmo lesão invasiva, detectável a olho nu. A lesão que no geral se origina na junção escamocolumnar (JEC), pode ser uma ulceração superficial, tumor exofítico ou uma lesão infiltrativa na endocérvice, o que geralmente dificulta o diagnóstico, pois cerca de 15% das lesões são encontradas na endocérvice (BRUNNER e SUDDARTH, 2014).

Quanto ao diagnóstico, é possível defini-lo por meio de biópsia quando a lesão é invasiva. No caso de mulheres sem lesões aparentes e com exame de citologia anormal, é necessário submeter a paciente à colposcopia com biópsia dirigida às lesões suspeitas. Neste sentido, salienta-se que a colposcopia deve ser realizada adequadamente, visualizando toda a JEC e todas as lesões suspeitas (BRASIL, 2018).

Relacionado ao tratamento utilizado este baseia-se, principalmente, em abordagens como cirurgia, radioterapia, braquiterapia e/ou quimioterapia, dependendo do tipo do tumor, estadiamento da doença e fatores pessoais do indivíduo, tais como idade e desejo em ter filhos. Devendo para isso, haver avaliação de médico para orientação do tratamento adequado, conforme os achados diagnósticos (BRUNNER e SUDDARTH, 2014).

A escolha terapêutica entre cirurgia e radioterapia, considera as condições de idade da paciente, comorbidade apresentada, índice de massa corpórea (IMC), sendo que no caso de idade superior a 65 anos e IMC superior a 30, fica contra indicado o tratamento cirúrgico. Nestes casos, a radioterapia apresenta-se como tratamento padrão em mulheres com metástases linfonodais, diminuindo as recidivas globais. Em alguns casos onde se verifica grande volume tumoral, invasão profunda do estroma e margens vaginais ou parametriaais comprometidas, indica-se a cirurgia seguida de radioterapia (FERNANDES, et al., 2011).

A braquiterapia é uma modalidade de radioterapia que se utiliza de fatores como contato íntimo com a região a ser tratada, com objetivo de depositar altas doses de radiação nas células anormais do tumor, causando o mínimo dano possível nas células saudáveis. Uma das vantagens da braquiterapia é a melhor integração com a radioterapia externa, o que pode culminar com a diminuição do tempo de tratamento e aumentar o controle do tumor (MELO, 2008).

Outra modalidade de tratamento é a quimioterapia antineoplásica, um tratamento capaz de destruir células neoplásicas e interferir nas funções celulares, por meio de drogas de alta potencialidade, permitindo a divisão e lise celular doente. No entanto, possui como desvantagem a não seletividade, ou seja, ela afeta também células saudáveis, o que pode gerar riscos de novas células cancerígenas e reações adversas como, náuseas, vômitos e anemias, entre outras (TERRA et al., 2013).

### **Atuação do enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero**

Na atenção primária, o enfermeiro atua concentrando esforços para diminuir mitos, tabus e preconceitos, buscando a convicção da população feminina sobre as vantagens da prevenção. Assim, para o desenvolvimento das ações de prevenção do câncer do colo do útero, são respeitadas as peculiaridades da região, envolvimento de lideranças comunitárias e participação de outros profissionais de saúde (MATTOS; SILVA; OLIVEIRA et al., 2014).

O profissional de enfermagem poderá efetuar visitas domiciliares e consultas de enfermagem de forma humanizada, com vistas à realização do Exame Citopatológico (EC), facilitando o atendimento às mulheres, nas unidades de saúde. Além disso, o enfermeiro está apto a realizar encaminhamentos de pacientes com alterações citológicas, atuando na prevenção e promoção da saúde da população (PAULA et al., 2013).

A atuação na promoção da saúde e prevenção do câncer é essencial, sendo executada por meio de ações múltiplas como, consulta de enfermagem, realização de Exame Citopatológico, ações educativas junto à equipe de saúde, administração, controle da qualidade dos exames enviados para análise, comunicação de resultados e encaminhamentos de casos, conforme a necessidade (CASTRO, 2018).

O enfermeiro pode utilizar-se de estratégias como a elaboração de ações educativas na própria unidade de saúde, por meio de rodas de conversas, palestras e orientações individuais, quanto à importância do Exame Citopatológico, bem como exposição de cartazes descrevendo as técnicas utilizadas no exame e os benefícios deste (PAULA et al., 2013). Na orientação às mulheres submetidas ao exame, deve-se incentivar o uso de preservativos nas relações sexuais e a manutenção de hábitos de vida saudáveis tais como alimentação, exercícios regulares, e incentivo a realização de exames preventivos (MATTOS; SILVA; OLIVEIRA et al., 2014).

## **METODOLOGIA**

### **Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, a partir de uma revisão da literatura que aborda a importância da realização do exame Papanicolau para a prevenção do Câncer de Colo do Útero. As pesquisas descritivas têm como objetivo principal demonstrar as características de determinada população ou fenômeno que é estudado, podendo também determinar as relações entre variáveis distintas. No mais, esse tipo de estudo busca descrever uma situação ou fenômeno em detalhes (TURATO, 2015). A revisão da literatura contribui para a construção de uma análise ampla do que já foi discutido quanto ao tema, sendo possível realizar discussões sobre os métodos e os resultados dos estudos analisados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para realização da revisão da literatura, foram adotadas as seguintes etapas: 1ª delimitação do tema; 2º Definição dos critérios de inclusão e exclusão; 3º Definição das informações que são extraídas dos estudos analisados; 4º Avaliação crítica dos estudos incluídos na revisão e 5º a interpretação dos resultados, seguida da apresentação da revisão.

A pesquisa foi realizada nos meses de setembro a novembro de 2020, por meio do acesso às seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Portal de periódicos da Capes, Medical Literature e Analysis and Retrieval System Online – Mediline, e Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Os critérios de inclusão adotados foram: artigos completos, publicados entre os anos de 2010 e 2020, em português. Tendo como descritores os seguintes: Exame Papanicolau; Carcinoma Cervical; Enfermagem; Atenção Primária. Os critérios de exclusão adotados foram: artigos sem resumo na base de dados, conteúdo que não responde ao problema de pesquisa, artigos em língua estrangeira ou com objetivo do estudo não condizente com o desta pesquisa. Foram selecionados 53 artigos, sendo utilizados 27 que condizem com o objetivo proposto para esta pesquisa.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Por meio da revisão da literatura que contou com a utilização de 27 estudos pertinentes ao objetivo proposto, foi possível responder a pergunta de pesquisa que corresponde a: “qual a contribuição da realização do exame preventivo do câncer de colo do útero em tempo oportuno para a prevenção, controle e redução dos índices de morbimortalidade de mulheres com vida sexual ativa na contemporaneidade?” Neste sentido, verificou-se que o método mais efetivo de rastreamento do



câncer do colo do útero é o exame citopatológico (exame Papanicolau), sendo disponibilizado através do Sistema Único de Saúde (SUS), para mulheres com faixa etária entre 25 e 64 anos, que já tenham iniciado a vida sexual (CASTRO, 2018). Observa-se que o exame é considerado indolor, possui baixo custo e é altamente eficaz (SILVA, 2017).

Em estudo correlacionado realizado por Dantas et al. (2017), o qual investigou-se quanto ao conhecimento de mulheres e fatores relacionados à não adesão ao exame Papanicolau, ficou demonstrado que a maioria das mulheres que realizaram o exame Papanicolau possuem idade entre 35 a 45 anos. Tal resultado corrobora com os dados da pesquisa realizada por Aguiar et al. (2018) onde verificou-se que, em abordagem realizada com mulheres entre 18 e 50 anos de idade, sobre importância do Exame Citopatológico, em média, estas possuem 35 anos ou mais, sendo a maioria casadas, com ensino médio incompleto e com renda de até 2 salários mínimos.

A baixa renda familiar e escolaridade, assim como a condição de solteira, predisõem a mulher ao desenvolvimento do câncer de colo do útero, por terem mais de um parceiro sexual, e por dificultar a adesão destas à realização do exame. Mulheres com baixa renda e escolaridade tendem a adoecer mais em decorrência do déficit na absorção dos cuidados relacionados à sua saúde e à dificuldade de acesso aos serviços de saúde (SILVA, 2016).

A desmotivação, a falta de tempo, vergonha, situação conjugal, número de filhos, vida ocupacional, adesão ao plano de saúde, frequência de utilização dos serviços de saúde e local de residência, podem ser considerados fatores que inibem a adesão correta ao exame (OLIVEIRA, et al., 2014). Tais afirmações são concordantes com os resultados do estudo realizado por Gonçalves et al. (2016) o qual evidenciou-se que a maior parte das mulheres investigadas não realizavam o exame citopatológico, por ausência de problemas ginecológicos consigo ou por vergonha do procedimento de realização do exame, sendo relatado ainda medo, falta de hábito e baixo conhecimento das mulheres sobre a necessidade do Papanicolau.

A desinformação, o conhecimento errôneo ou mesmo insuficiente sobre esta prática de saúde, formam barreiras que impossibilitam ou dificultam o sucesso de ações preventivas para o câncer do colo do útero. Assim, como desconhecem a importância das medidas, as mulheres veem como pouco efetiva esta prática de saúde (DANTAS et al., 2017).

De acordo com Rocha et al. (2012) a adesão ao exame no Brasil ainda é considerada baixa, o que justifica o número considerável de mulheres doentes ou mortas em decorrência do câncer de colo do útero. Além disso, 40% ou mais das que realizam o exame, não buscam o resultado deste na unidade de saúde.

Estratégias como o diagnóstico precoce e o rastreamento por meio do exame citopatológico do colo uterino, são as estratégias mais efetivas para o tratamento adequado. No entanto, estudos

evidenciam que fatores socioeconômicos como renda e escolaridade são preponderantes para a realização ou não do exame preventivo (AMARAL, 2017). Além destes, outros fatores podem contribuir para a adesão ou não das mulheres à realização do exame preventivo, tais como número de filhos, vida ocupacional, situação conjugal, localização da moradia, entre outros (CASTRO, 2018).

Quanto à realização do exame Papanicolau, salienta-se a importância da contribuição da Atenção Básica para a adesão das mulheres à sua realização. Neste sentido, a consulta de Enfermagem deve ser vista como momento de orientar e explicar sobre o procedimento e sua importância como método preventivo, buscando o fortalecimento de vínculo com as pacientes (RAMOS; MACHADO; OLIVEIRA, 2014).

Carvalho (2015) expressa que a enfermagem, desde o nível primário de atenção à saúde, tem grande responsabilidade quanto às ações de promoção e prevenção do câncer de colo uterino, principalmente no manejo de estratégias que motivam e sensibilizam as mulheres quanto à realização do exame Papanicolau. Assim, a atuação do Enfermeiro na atenção primária envolve primordialmente a busca ativa, visita domiciliar e atividade de autocuidado in loco, facilitando o acesso aos serviços de saúde pelos grupos vulneráveis.

Corroborando com os resultados do estudo realizado por Carvalho, em pesquisa realizada por Maine, Hurlburt e Greeson (2014), destacou-se a necessidade da realização de educação em saúde de forma continuada para que as recomendações necessárias sejam seguidas pelos usuários, orientando as mulheres quanto à realização do exame, período e vantagens do mesmo.

## **CONSIDERAÇÕES**

Após o término do estudo, nota-se que o câncer de colo do útero é uma doença de evolução lenta, que apesar da diminuição na sua incidência, ainda é considerada a quarta causa de morte de mulheres no Brasil. Nota-se que, frente ao agravamento, o exame citopatológico do colo do útero é considerado o método mais eficaz no rastreamento do câncer de colo uterino, demonstrando que fatores sociais como, por exemplo, a baixa renda, escolaridade e condição de mulheres solteiras, dificultam a adesão à realização do exame.

Assim, o enfermeiro por meio da consulta de enfermagem, embasada em conhecimento teórico e prático, possui uma grande responsabilidade no condicionamento das mulheres para realização do exame preventivo, seja pela orientação, explicação ou fortalecimento de vínculo entre profissional e usuário, proporcionando ações técnicas, administrativas e educativas, quebrando mitos e preconceitos quanto à doença e empoderando as usuárias quanto ao controle e prevenção da enfermidade da enfermidade.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR P, M. et al. **Disparities in cancer epidemiology and care delivery among Brazilian indigenous populations.** Einstein. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd178/prevencao-de-cancer-cervico-uterino.htm>>. Acesso em 20 nov 2020.

AMARAL, M, S. **Prevenção do Câncer de Colo de Útero: A atuação do Profissional Enfermeiro nas Unidades Básicas de Saúde.** Disponível em: <<http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2017/04/8>>. Acesso em 19 jan 2020.

BRASIL. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA).** Parâmetros Técnicos para o rastreamento do Câncer do Colo do útero. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. ABC do Câncer. **Abordagens básicas para controle do câncer.** Disponível em:<[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc\\_do\\_cancer.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf)>. Acesso em 27 jan 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Calendário Nacional de Vacinação 2020.** Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/04/Instrucao-Normativa-Calendario-Vacinal-2020.pdf>. Acesso em 15 jun 2020.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Papanicolau (exame preventivo de colo do útero).** 2018. Disponível em: <<https://bvsmis.saude.gov.br/dicas-em-saude/2069-papanicolau-exame-preventivo-de-colo-de-utero>> Acesso em 18 jun 2020.

BRUNNER, L, S.; SUDDARTH, D. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica.** v.2 Guanabara Koogan, 2014.

CARVALHO B, A. **Exame Papanicolau: percepção de acadêmicas de enfermagem do Vale do Paraíba.** REENVAP 2015.

CASTRO, L, F. **Exame Papanicolaou: o conhecimento das mulheres sobre o preventivo e a estratégia do PSF no combate ao câncer de colo de útero.** Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2018.pdf>>. Acesso em 20 Jan 2020.

DANTAS, P. et al. **Conhecimento das mulheres e fatores da não adesão acerca do exame Papanicolau.** Disponível em:< <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i3a22582p684-691-2017>>. Acesso em 20 dez 2020.

GADELHA M, I, P. et al. **Manual de bases técnicas da Oncologia sistemas de informações ambulatoriais SIA/SUS.** Brasil. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação. – 21ªed. Setembro de 2015. Disponível em:<<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/manualoncologia21aedicao14092015.pdf>> Acesso em : 20 dez 2020

GONÇALVES T, F, P. et al. Reflections on nurses' role and actions of public health to prevent cervical cancer. **J Nurs UFPE.** 2016: 2214-2222. Disponível em: <

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11236/12836>>. Acesso em 20 nov 2020.

GONÇALVES, T, F, P. et al. **Reflexões sobre o papel do enfermeiro e ações de saúde pública para prevenção contra o câncer do colo do útero**. Disponível em < 10.5205/reuol.9199-80250-1-SM1006201637 >. Acesso em 10 dez 2020.

**INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA)**. Acesso a Informação. Controle do Câncer de Colo de Útero. Brasil, 2016. Disponível em:<[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_nacional\\_controle\\_cancer\\_colo\\_uterio/conceito\\_magnitude](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/conceito_magnitude)>. Acesso em 08 fev 2020.

MAINE D.; HURLBURT S.; GREESON D. Cervical cancer prevention in the 21st Century: cost is not the only issue. **BCM Public Health**. 2014 . Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21778496>>. Acesso em 25 nov 2020.

MATTOS C, T, D. et al. Percepção da mulher frente ao diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero-Subsídios para o cuidado de enfermagem. **Revista Pró-UniverSUS**, 2014.

MELO, J, Azevedo. **Influência do posicionamento da paciente na modificação da dose em órgãos críticos na braquiterapia de alta taxa de dose em câncer de colo uterino**. Recife, 2008. Disponível em:< [https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/9795/1/arquivo8650\\_1.pdf](https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/9795/1/arquivo8650_1.pdf)>. Acesso em 27 jan 2021.

MENDES, K, D,S. et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm**. [online]. 2008. vol.17, n.4, pp.758-764. ISSN 1980-265X. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

PAULA C, G. et al. Atuação do enfermeiro da atenção básica frente ao controle do câncer uterino: revisão de literatura. **Pós Rev**. Centro Universitário Newton Paiva, 2013.

PEREZ, L, R. **Melhoria da Atenção à prevenção e controle do câncer de colo de útero e de mama na UBS das Indústrias estrela no Rio Grande do Sul**. Disponível em:< <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/una-7200>>. Acesso em 10 dez 2020.

RAMOS A, L. et al. Performance of the nurse in the family health strategy in the prevention of cervical cancer. **Rev Políticas Públicas**. 2014. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/437>>. Aceso em 20 nov 2020.

RODRIGUES, A, F. SOUSA, J, A. Papiloma vírus humano: prevenção e diagnóstico. **Revista de epidemiologia e controle de infecção**. Santa Cruz do Sul, 2015.

SILVA T.L.L. Adherence to pap test by young women in basic health unit. **J Nurs UFPE**. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11533>>. Acesso em 22 nov 2020.

TERRA, F.S. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. **Rev Bras Clin Med**. v. 11, n. 2, p. 112-7. 2013.

TURATO, E, R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev Saúde Pública** 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>>. Acesso em: 25 nov 2020.

VARGAS M. et al. Módulo VIII: **Linhas de cuidado**: oncologia (câncer de mama, câncer de colo de útero e tumores de próstata). Florianópolis: UFSC; 2013.

KERSUL, A, A. **Enfrentamento do câncer: riscos e agravos**. Campos Gerais, 2014. Disponível em:< <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/enfretamento-cancer-riscos-agravos.pdf>>. Acesso em 27 jan 2021.

## **CAPÍTULO 3**

### **CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ONCOLÓGICO**

*Giovanna Maria Barros Almeida*

*Euzamar de Araújo Silva Santana*

*Ruhena Kelber Abrão*

#### **INTRODUÇÃO**

O câncer é definido como um conjunto de neoplasias que possuem como característica o crescimento celular descontrolado, os quais invadem tecidos e órgãos podendo inclusive se disseminar por outras regiões do corpo, sendo este processo conhecido como metástase (BARRETO, TREVISAN, 2016).

Em razão da sua gravidade, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima que até o ano de 2030, caso não haja mudança no panorama de tratamento da doença, serão 26 milhões de casos novos por ano, com 17 milhões de morte anualmente, o que representa um número alarmante quando se pensa em políticas públicas e gastos com saúde (INCA, 2015). Acredita-se que esses números se traduzem na maior exposição de indivíduos a agentes cancerígenos no trabalho, na alimentação e consumo geral, expondo os sujeitos a agentes químicos, biológicos e físicos.

As estratégias para controle se baseiam principalmente em detecção precoce e tratamento em tempo oportuno. Assim, a identificação das lesões precursoras do câncer em estágios iniciais mostra-se uma estratégia favorável para o êxito do tratamento oncológico. Além disso, soma-se às características de suscetibilidade de cada indivíduo, sendo estes fatores importantes no processo de saúde-doença em decorrência do câncer (BRASIL, 2009).

A detecção precoce do câncer favorece a redução da mortalidade em indivíduos acometidos e aumento de sobrevida dos sujeitos que buscam o serviço de saúde. Portanto, o rastreamento adequado depende principalmente do tipo de câncer e fatores biológicos do acometido. Na investigação clínica do paciente, várias alterações são percebidas, principalmente por meio da sintomatologia e histórico do sujeito. Assim, a avaliação diagnóstica completa é importante quanto a identificação correta do tumor, seu grau e acometimento, justamente para determinar qual será o tratamento mais adequado (INCA, 2015).

O processo de escolha do tratamento ideal para o paciente baseia-se em metas atingíveis para cada tipo e estágio de neoplasias, buscando a erradicação completa da doença, aumento de sobrevida, ou alívio da sintomatologia da doença. Neste sentido, os próprios pacientes, profissionais de saúde e

os familiares do enfermo, devem ter entendimento quanto às metas do tratamento ofertado (BRASIL, 2009).

Assim, cabe à equipe de enfermagem promover ao paciente, oportunidade de recuperação e manutenção de sua saúde, dirimir dúvidas sobre a doença e tratamento e demandar atenção junto às necessidades biopsicossociais evidenciadas pelo paciente com câncer. Assim, o presente estudo tem como objetivo demonstrar a importância dos cuidados de enfermagem no tratamento do câncer nos diversos ambientes de cuidado à saúde. Evidenciar a importância da capacitação profissional no cuidar da pessoa com câncer de forma humanizada e ofertada conforme as necessidades particulares de cada paciente.

## **REFERENCIAL TEÓRICO**

### **Câncer, epidemiologia e classificação**

O câncer é considerado uma das doenças crônicas não transmissíveis que mais incide sobre a população mundial nos últimos anos, proporcionando repercussões graves no cotidiano dos pacientes devido às complicações referentes ao crescimento da célula mutagênica e as intervenções do tratamento que geram efeitos colaterais interferindo negativamente na qualidade de vida (BRASIL, 2019).

No Brasil, a incidência de câncer assim como ocorre no mundo, vem aumentando, acompanhando o ritmo do envelhecimento da população em razão do aumento da expectativa de vida potencializada pelas grandes descobertas nas múltiplas áreas nas últimas décadas, trazendo mudança considerável na situação de saúde e de novos padrões de vida (BARBOSA, 2015).

O impacto global do câncer mantém-se crescente a cada década. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, no ano 2030, podem-se esperar 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer. O maior efeito desse aumento vai incidir em países de baixa e média renda. Sendo responsável por mais de 12% de todos os óbitos no mundo (INCA, 2015, p. 4).

Estima-se que este percentual de mortes por câncer relaciona-se à maior exposição dos indivíduos a agentes cancerígenos e aos padrões de vidas adotados atualmente, principalmente no trabalho. Além de estar associado à nutrição e ao consumo em geral, o que expõe os indivíduos a fatores ambientais mais agressivos, tanto por agentes químicos, físicos e/ou biológicos em razão dos procedimentos adotados pelas indústrias (BRANDÃO, 2017).



Conforme o Instituto Nacional de Câncer (INCA), um terço da incidência de câncer poderia ser evitada por meio da prevenção, dispondo de estratégias que viabilizam a manutenção e promoção da saúde. Neste sentido, algumas medidas de prevenção se relacionam com o estilo de vida do indivíduo, tais como, prática de hábitos saudáveis como prática regular de exercícios físicos e alimentação saudável, rica em fibras, vegetais, frutas entre outras (BRASIL, 2019).

Neste sentido, as estratégias para controle do câncer voltam-se para a detecção precoce, objetivando a manutenção das ações de saúde preconizadas para esta área de atenção à saúde. Assim, percebe-se que a identificação de lesões precursoras do câncer em estágios iniciais mostra-se como estratégia favorável para o êxito do tratamento oncológico. Além disso, considera-se a suscetibilidade individual como fator importante neste processo de saúde/doença (BRANDÃO, 2017).

As estratégias utilizadas para a detecção precoce do câncer incluem rastreamento e diagnóstico precoce, sendo: O rastreamento prevê ações organizadas que envolvem o uso de testes simples aplicados a determinados grupos populacionais, com a finalidade de identificar lesões pré-cancerígenas ou cancerígenas em estágio inicial em indivíduos com doença assintomática. O diagnóstico precoce inclui ações de detecção de lesões em fases iniciais a partir de sintomas e/ou sinais clínicos. Para tanto, é importante que a população em geral e os profissionais de saúde reconheçam os sinais de alarme para o câncer, como nódulos, febre contínua, feridas que não cicatrizam, indigestão constante e rouquidão crônica, antes dos sintomas que caracterizam lesões mais avançadas, como sangramento, obstrução de vias intestinais ou respiratórias e dor (BRASIL, 2019, pág. 10).

Diante disso, percebe-se que o perfil epidemiológico tem demonstrado o aumento do número de casos em homens e mulheres, conforme se observa na figura 1, que demonstra estimativa traçada para o ano de 2020.

**Figura 1-** Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2020 por sexo, exceto pele não melanoma

Homens			Mulheres		
Localização Primária	Casos	%	Localização Primária	Casos	%
Próstata	65.840	29,2%	Mama feminina	66.280	29,7%
Cólon e reto	20.520	9,1%	Cólon e reto	20.470	9,2%
Traqueia, brônquio e pulmão	17.760	7,9%	Colo do útero	16.590	7,4%
Estômago	13.360	5,9%	Traqueia, brônquio e pulmão	12.440	5,6%
Cavidade oral	11.180	5,0%	Glândula tireoide	11.950	5,4%
Esôfago	8.690	3,9%	Estômago	7.870	3,5%
Bexiga	7.590	3,4%	Ovário	6.650	3,0%
Linfoma não Hodgkin	6.580	2,9%	Corpo do útero	6.540	2,9%
Laringe	6.470	2,9%	Linfoma não Hodgkin	5.450	2,4%
Leucemias	5.920	2,6%	Sistema nervoso central	5.220	2,3%

Fonte: INCA, 2016

Neste sentido, com o surgimento da doença, o manejo e tratamento adequados propiciam aos pacientes um maior tempo de vida, seja na evolução para cura ou mesmo com cuidados paliativos que visam a diminuição do sofrimento pela minimização das complicações do câncer (BARRETO, 2020).

A sobrevida do paciente com câncer é fortemente influenciada pelas condições pessoais de saúde do paciente, condições do tumor e também no maior ou menor tempo de diagnóstico precoce e tratamento eficaz. No mais, a extensão da doença no momento do diagnóstico também se revela como fator importante na definição da sobrevida (LUZ, VARGAS e ROSA, 2016).

A extensão comumente é avaliada pelo estadiamento do tumor nesta fase, quando se dá o início do tratamento adequado e preconizado para cada tipo de câncer, seja cirúrgico e/ou clínico, associado ou sem radio/quimioterapia. Internacionalmente, utiliza-se a Classificação dos Tumores Malignos (TNM) para avaliar a extensão de cada tipo de câncer. Apesar da existência de vários sistemas de classificação de neoplasias avaliando o tipo celular e área de extensão, o sistema TNM (Classificação dos Tumores Malignos) é o mais utilizado (SMELTZER, 2011, p. 78).

Por meio da utilização de um sistema de classificação, é possível traçar o diagnóstico, planejar o tratamento, indicar o prognóstico e definir as ações de enfermagem que deverão ser adotadas. Avaliando os resultados do tratamento e facilitando a troca de informações entre os centros de referências (BARRETO, 2020).

### **Assistência de enfermagem ao paciente oncológico**

Desde o surgimento da assistência de enfermagem em oncologia, esta tem evoluído como especialidade. Antes da atuação de enfermagem volta-se, principalmente, a medidas de conforto ou de cuidados paliativos ao paciente oncológico. No entanto, hoje a atuação de enfermagem é bastante ampla nesse ramo do cuidado, indo além do trabalho técnico, sendo necessária a readequação como os novos tratamentos disponibilizados, havendo necessidade de integração entre a equipe multidisciplinar (SILVA e MOREIRA, 2010).

A atuação do enfermeiro nesta área de atenção envolve conhecimentos complexos no desenvolvimento da sua prática, devendo este conhecimento está aliado à prática das relações interpessoais, buscando facilitar o enfrentamento do indivíduo no processo de saúde-doença, além das repercussões do tratamento.

Neste sentido, Mineo et al., (2012) salienta que, a inserção da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente com câncer, demanda conhecimentos, habilidades e responsabilidades. Assim, as

metas devem ser claras e direcionadas ao paciente, sua família e demais pessoas significativas, contemplando os aspectos físico, emocional, social e espiritual.

Assim, as atividades de enfermagem previstas por meio do decreto nº 94.406/87 que dispõe sobre o exercício de enfermagem, observa que a prática do enfermeiro deve englobar todos os grupos etários nas mais diversas especialidades do cuidado, devendo tal assistência ser realizada em vários ambientes de saúde (CAMELO, LAUS E LEAL, 2015).

Vale ressaltar que a assistência de enfermagem é prestada por uma equipe formada pelo enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem, e que suas atribuições estão dispostas conforme do decreto nº 94.406/87, onde o enfermeiro é responsável pela elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde, para que se tenha a prevenção e controle de possíveis danos à saúde do cliente (MINEO, 2010. p. 11).

Cabe ao enfermeiro em oncologia, indicar e fornecer orientações relativas às medidas preventivas, identificar efeitos colaterais diante os diversos tratamentos disponibilizados, buscando minimizar seus efeitos adversos, acompanhar a família e esclarecer dúvidas relacionadas, e propor ações individualizadas conforme as características pessoais e sociais (BARRETO e TREVISAN, 2020).

A notícia do diagnóstico e posteriormente do tratamento do câncer, torna o paciente vulnerável e muitos encaram esta fase como um fator estressante, apesar de perceberem a necessidade do tratamento para a obtenção de cura. No decorrer do tratamento, o enfermeiro deve promover ao cliente um entendimento detalhado sobre sua condição de saúde e doença, maximizando as oportunidades de recuperação e manutenção da saúde (SANTOS, 2018).

É função da enfermagem conhecer, saber o que o paciente necessita e como pode ter sua atenção maximizada frente ao tratamento. Devendo este, cuidar deste cliente, atender suas necessidades de informação sobre as condições de saúde, sua aceitação e orientações de autocuidado (SILVA, 2017). Logo, o enfermeiro é um agente de mudanças que por meio das atividades de enfermagem, busca contribuir para a educação efetiva, iniciando primeiramente a avaliação das necessidades de aprendizagem dos clientes e familiares. Entende-se que o cuidado ao paciente oncológico pela enfermagem deve observar o paciente como pessoa em sua totalidade, não vê-lo como apenas alguém com câncer, devendo o cuidado ser baseado na humanização direcionada às necessidades evidenciadas pelos pacientes no transcurso da doença (NOGUEIRA, 2011).

## **A importância da capacitação profissional**

A prática profissional em enfermagem exige que esta atuação seja baseada em conceitos e reflexões científicas, proporcionando uma atuação eficiente. Entretanto, nem todos os enfermeiros buscam se capacitar na prática do cuidar. A capacitação em qualquer área de atuação é um processo que evidencia o fortalecimento do domínio dos conhecimentos já adquiridos na formação, treinamentos e experiências. Quanto mais o profissional for capacitado, menor é a sua taxa de erros no exercício da função (SANTOS, LAU e MARIA, 2015).

O enfermeiro atuante em oncologia, possui papel crucial para que o trabalho de toda equipe de enfermagem aconteça, e a fim de garantir qualidade na assistência, ele próprio ou a instituição deve adotar estratégias motivadoras, buscando o aprimoramento profissional dos trabalhadores envolvidos nesse setor (SANTOS, LAU e MARIA, 2015. p. 5)

De acordo com Recco (2015), especificamente na área de oncologia, os enfermeiros devem estar respaldados por conhecimentos atualizados e numa atuação prática otimizada, devendo compreender cada situação de forma ética e respaldo técnico. Evitando que se perca em soluções e diagnósticos sem fundamento, além de se especializar, deve buscar conhecimentos e atualizações contínuas.

É necessário que a atuação em oncologia pela equipe de enfermagem seja técnica e humanizada, uma vez que neste ramo de atenção à saúde, utiliza-se de dispositivos e protocolos direcionados para cada tipo de câncer. Além de exigir do profissional conhecimentos aprofundados para cada tipo de tratamento e seus cuidados relacionados (MELO, 2012).

A obtenção desse conhecimento em oncologia pode ser adquirida por meio de estratégias como palestras, cursos oferecidos pela unidade de saúde em que esses sujeitos trabalham, cursos de aprimoramento, especialização, pós, residência específica na área de atuação, além da leitura direcionada em livros e artigos (SILVA e MOREIRA, 2010).

Percebe-se, portanto, que o processo de educação continuada do enfermeiro é importante em razão deste ser um educador nato, ou seja, cabe ao enfermeiro na maioria das vezes o processo de ensino da sua equipe.

Por ser normalmente responsável por um grupo de auxiliares e técnicos de enfermagem. Assume a responsabilidade da equipe no setor em que atua e isto exige que o profissional tenha domínio do conhecimento teórico científico e destreza de execução prática destes conhecimentos. Deve ainda ser um referencial para sua equipe (FERNANDES, 2010, p. 20).

É neste sentido que se reconhece a importância de se produzir e atuar em enfermagem com qualidade. Deve-se buscar a atualização das equipes de enfermagem para melhorar a prática profissional, garantindo um atendimento ao mesmo tempo técnico e humanizado (SANTOS, LAU e MARIA, 2015).

Por isso, percebe-se a necessidade de educação continuada para o enfermeiro atuar na busca do conhecimento, da revisão de conceitos e dos recursos didáticos para adquirir condições de despertar a necessidade de buscar conhecimentos nos demais profissionais que compõem a equipe ou que se inserem no seu contexto do trabalho em oncologia (GOLDSTEIN e PEREIRA, 2020).

## **METODOLOGIA**

Para consumação da pesquisa, a metodologia foi baseada em pesquisa descritiva, com enfoque na revisão da literatura pertinente ao tema investigado. As pesquisas descritivas têm como objetivo principal demonstrar as características de determinado fenômeno que é estudado, podendo também determinar as relações entre variáveis distintas. No mais, esse tipo de estudo busca descrever uma situação em detalhes (APOLLINÁRIO, 2004). De acordo com Dalbério (2009) na revisão de literatura é desenvolvido um estudo a partir de material já elaborado, baseado principalmente em livros, artigos científicos entre outros. Apesar da maioria dos estudos também utilizar esse meio, algumas pesquisas o utilizam como forma exclusiva em determinados estudos.

A revisão da literatura aconteceu durante todo o período dos meses de setembro a dezembro de 2020. Foram utilizadas bases de dados como Biblioteca Virtual de Saúde, Medical Literature e Analysis and Retrieval System Online – Medline, Scientific Electronic Library Online, SCIELO. E bases de dados nacionais ligadas a Instituições de Ensino Superior em Saúde. Como critérios de inclusão foram utilizados: artigos completos, em português e de acesso gratuito que tenham sido publicados entre os anos de 2005 e 2020. Sendo excluídos os artigos que apesar de abordarem a temática neoplasia, não contemplavam os cuidados de enfermagem. Utilizou-se como descritor para a pesquisa: Cuidados de Enfermagem. Enfermagem. Neoplasias. Foram selecionados 69 estudos condizentes com o tema da pesquisa, sendo utilizados 21 para consumação do presente estudo, após análise dos dados, por leitura crítica por meio de fichamento.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados consultados nos 21 estudos encontrados nos permitem concluir que o câncer é uma das doenças mais importantes no processo de morbimortalidade em todo o mundo, sendo observado seu crescimento junto ao perfil de envelhecimento da população mundial que tem se prolongado.

Em estudo proposto por Silva (2010) ficou demonstrado que em termos globais que o câncer é a doença que mais mata no mundo, ficando atrás apenas das doenças coronarianas. Sendo percebido que o câncer atinge todas as nacionalidades, raças, classes sociais e idades, tornando-se popular em todo o mundo como nenhum outro agravo à saúde.

Percebe-se que no Brasil, há um aumento da prevalência do número de casos novos de câncer e óbitos, assim como ocorre no restante do mundo. Esta evidência tem sido observada em associação com o processo de envelhecimento dos brasileiros, que passaram a viver mais, em razão dos diversos processos e condições de aperfeiçoamento oferecido ao público idoso RECCO, 2015).

Além das melhorias das condições sociais e de saúde do brasileiro, houve também avanços consideráveis no que diz respeito ao tratamento da patologia, sendo verificado que, houve avanços no tratamento, desde o processo de cirurgia, até as terapêuticas como radioterapia, quimioterapia e as denominadas imunoterapia e hormonioterapia, que são utilizadas em alguns tipos de tumores. Neste sentido, observa-se que estas novas características no perfil do brasileiro tendem também a aumentar a exposição ainda mais intensa aos fatores de risco à patologia.

Segundo Silva (2011), no contexto do cuidar de pacientes com câncer, o enfermeiro atua por meio de ações de prevenção e controle. Devendo ter competência para direcionar assistência a pacientes com câncer na avaliação diagnóstica, tratamento, reabilitação e atendimento aos familiares. De acordo com Santos (2015) o enfermeiro deve desenvolver ações educativas e integradas com a equipe multiprofissional, apoiar medidas de políticas públicas e trabalhar com a identificação de fatores de risco para a prática de enfermagem na atenção oncológica.

Conforme Recco (2015) o cuidado de enfermagem em oncologia é essencial para indicar e fornecer orientações quanto às medidas preventivas, os efeitos colaterais do tratamento ofertado, para que possa minimizar os efeitos adversos. Corroborado com o autor supracitado, Melo (2012) salienta que o enfermeiro além de orientar o paciente e a família sobre o processo de saúde-doença do câncer, deve manter em mente as ações de enfermagem que devem ser ofertadas, de forma individualizada e sistematizada.

Em consonância com a pesquisa realizada por Recco (2015), Prearo e Vinhando (2011) salientam que, os enfermeiros que cuidam de pacientes com câncer trabalham em ambiente de grande exigência, pela complexidade da doença e dos tratamentos que são ofertados.

## CONSIDERAÇÕES

□ Com o levantamento bibliográfico realizado, foi possível perceber que, a atuação da enfermagem em oncologia é essencial para diagnóstico, prevenção, tratamento e recuperação dos usuários de saúde, envolvendo conhecimentos complexos pela equipe multiprofissional, sejam técnico, científico ou de relações interpessoais, tendo como pilar da assistência de enfermagem voltada para oncologia e o atendimento integral humanizado e holístico.

□ Foi possível concluir que o enfermeiro em oncologia atua não somente na administração de quimioterápicos e em acompanhamento de radioterapias, mas, também, no diagnóstico, tratamento e recuperação, indicando e fornecendo orientações que vão desde ações preventivas a paliativas que podem auxiliar na identificação de efeitos colaterais dos tratamentos disponibilizados e minimizar desconfortos causados pelo processo de adoecimento, além de fornecer apoio psicológico também à família do enfermo. Em decorrência disso, os profissionais para prestar tais cuidados, devem estar respaldados em conhecimentos atualizados, compreendendo de forma individualizada o cuidado que deve ser ofertado conforme a necessidade de cada paciente.

□ No mais, espera-se que este estudo possa contribuir com a literatura vigente que trata do cuidado humanizado da enfermagem em oncologia e venha ser fonte de dados para aprimoramento de políticas públicas e programas de prevenção e recuperação de usuários em oncologia.

□

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, I, R. **Tendências e projeções da mortalidade pelos cânceres específicos ao gênero no Brasil**. Tese (Doutorado em saúde coletiva) - Centro de ciências em saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2015.

BARRETO, R, S.; TREVISAN, J, A. **Assistência de enfermagem ao paciente oncológico e a evolução no tratamento do câncer**. Disponível em:< [http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais\\_simposio/arquivos\\_up/documentos/artigos/396fc7cf33c94a32a37677819377fd7b.pdf](http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/396fc7cf33c94a32a37677819377fd7b.pdf)>. Acesso em 17 fev 2020.

BRANDÃO, M, C, P. Cuidados paliativos do enfermeiro ao paciente oncológico. v. 1. n. 2. 2017. **Rev. brasileira de saúde funcional**. Disponível em:< <http://www.seer-adventista.com.br/ojs/index.php/RBSF/article/view/879>>. Acesso em 18 fev 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de bases técnicas da oncologia** – Sia/Sus - sistema de informações ambulatoriais. DF: Brasília, 2009.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Estimativa 2020. Incidência de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: < <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil> >. Acesso em 15 jun 2020.

CAMELO, S, F. C.; LAUS, C, S, H.; H., LEAL, A, M. **O enfermeiro que atua em unidades hospitalares oncológicas: perfil e capacitação profissional.** 2015. Disponível em: < [https://www.researchgate.net/publication/275252678\\_O\\_enfermeiro\\_que\\_atua\\_em\\_unidades\\_hospitales\\_oncologicas\\_perfil\\_e\\_capacitacao\\_profissional](https://www.researchgate.net/publication/275252678_O_enfermeiro_que_atua_em_unidades_hospitales_oncologicas_perfil_e_capacitacao_profissional) >. Acesso em 18 fev 2020.

DALBERIO, O; DALBERIO, M. C. B. **Metodologia científica: desafios e caminhos.** São Paulo: Paulus, 2009.

FERNANDES, I. A. **A educação continuada com profissionais da área de enfermagem.** Presidente Prudente, 2010.

GOLDSTEIN, E. A.; PEREIRA, G. L. **A atuação da equipe de enfermagem frente ao tratamento quimioterápico antineoplásico: uma revisão de literatura.** Disponível em: < <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5626545> >. Acesso em 04 dez 2020.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. **Estimativa 2016: Incidência do Câncer no Brasil.** 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/>>. Acesso em: 18 fev 2020.

LUZ K, R da.; VARGAS M, A, O.; ROSA L, M .et al. **Enfermeiros na atenção oncológica: conhecimento na prática do cuidado.** 2016. Disponível em: < <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11418/13204> >. Acesso em 18 fev 2020.

MELO, M.C.S.C; VILELA, F.; SALIMENA, A. M.O; SOUZA, I.E.O. O Enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do Útero: o Cotidiano da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2012.

MINEO F.,M. et al. Assistência de enfermagem no tratamento do câncer de mama. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde** Vol.04, N°. 02, Ano 2013.

NOGUEIRA, C. **Limites e possibilidades do cuidado de enfermagem ao cliente em quimioterapia antineoplásica: Uma Revisão Integrativa.** Niterói, 2011.

PREARO C, G. L. S, VINHANDO, M.B., MENEZES, S.L. Percepção do enfermeiro sobre o cuidado prestado aos pacientes portadores de neoplasia. **Arq. Ciênc. Saúde.** 2011. 18 (1): 20-27. Disponível em: <[http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/vol-18-1/v18-1.htm](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-18-1/v18-1.htm)>. Acesso em 02 dez 2020.

RECCO D.C.; PINTO, M.H. O cuidado prestado ao paciente portador de doença oncológica: na visão de um grupo de enfermeiras de um hospital de grande porte do interior do estado de São Paulo. **Arq Ciênc Saúde** 2015. Disponível em: <[http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/Vol-12-2/5.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-12-2/5.pdf)>. Acesso em 02 dez 2020.

SANTOS, A., L, N. LIRA, S, S. COSTA, R, S, L. Cuidados paliativos prestados pelo enfermeiro ao paciente oncológico. **Revista Uminorteac**, v. 2, n. 1. 2018. Disponível em: <

<http://revistas.uninorteac.com.br/index.php/DeCienciaemFoco0/article/view/147> >. Acesso em: 18 fev 2020.

SANTOS, F. C.; LAUS, C.; SILVA, H. H. MARIA, Adrian, Laura. O enfermeiro que atua em unidades hospitalares oncológicas: perfil e capacitação profissional. **Revista eletrônica trimestral da enfermeira**. Disponível em:< [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n38/pt\\_revision3.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n38/pt_revision3.pdf)>. Acesso em: 04 dez 2020.

SILVA, M, M.; MOREIRA, M.C. Desafios à sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos: uma perspectiva da complexidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v. 12, n. 3, p. 483-90, set. 2010. Disponível em: <<http://h200137217135.ufg.br/index.php/fen/articloe/view/7274/7866>>. Acesso em: 04 dez 2020.

SILVA, O, M. **Cuidar em oncologia: atitudes dos enfermeiros com as famílias**. São Luís, 2017. Disponível em:< <https://monografias.ufma.br/jspui/bitstream/123456789/1305/1/OrtencyaSilva.pdf> >. Acesso em 16 fev 2020.

SMELTZER, S. C. et al. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12. ed. Tradução Antônio Francisco Dieb Paulo, José Eduardo Ferreira de Figueiredo, Patrícia Lydie Voeux. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

## **CAPÍTULO 4**

# **DESAFIOS DA ENFERMAGEM NO CUIDADO AO PACIENTE COM CÂNCER**

*Khristyele Coelho de Souza  
Euzamar de Araujo Silva Santana  
Ruhena Kelber Abrão*

## **INTRODUÇÃO**

A confirmação diagnóstica de câncer afeta significativamente a vida do paciente em suas várias dimensões, seja no aspecto psicológico, social ou biológico, em razão da doença ser vista como sinônimo de sofrimento e morte, pela maioria da população. Assim, no campo biológico, o paciente em tratamento enfrenta sintomas debilitantes, como dor, perda de cabelos, de peso e presença de nódulos a depender do caso específico, além do enfrentamento de tratamentos prolongados e efeitos colaterais de radioterapia, quimioterapia ou recuperações cirúrgicas (SOUSA et al., 2016). A doença tende a alterar a realidade biopsicossocial do paciente, em virtude da alteração da sua rotina, dependência de terceiros, alteração na imagem corporal, entre outras situações, o que pode provocar sofrimento psicológico, desencadeando muitas vezes doenças como depressão, ansiedade e sentimentos de desesperança (VIERO; LARA, 2015).

Diante disso, a enfermagem insere-se como ciência que se volta ao cuidado holístico dos pacientes, sendo os enfermeiros os profissionais de saúde que tendem a ter mais contato com os pacientes nos vários níveis de atenção à saúde, devendo estes estarem aptos a prestar uma assistência humanizada e segura aos usuários (LUZ; VARGAS; ROSA, 2016). Assim, buscando conhecer a dimensão dos cuidados de enfermagem voltados aos pacientes com câncer e as estratégias utilizadas para o aprimoramento do cuidado de enfermagem nesta especialidade, foi proposto o presente estudo que tem como objetivo, evidenciar os desafios da enfermagem no cuidado aos pacientes com câncer e demonstrar o perfil epidemiológico da patologia no Brasil, bem como os fatores que interferem na assistência de enfermagem ao paciente oncológico.

## REFERENCIAL TEÓRICO

### Conceito e epidemiologia do câncer

O câncer é uma doença crônica, multifatorial, caracterizada pelo crescimento desordenado das células, as quais apresentam divisão rápida e se portam de forma agressiva e incontrolável, propiciando a formação de tumores malignos. Estes podem invadir tecidos e órgãos distantes ou vizinhos, ocasionando um processo denominado de metástase (BORTOLETTO et al., 2017).

Este é um recorrente problema de saúde pública e uma das principais causas de óbitos no âmbito mundial, particularmente entre os países em desenvolvimento. O câncer é visto como um grande problema de saúde pública, tanto em países subdesenvolvidos quanto em países desenvolvidos. Estudos voltados para o tema têm demonstrado que o câncer é a segunda principal causa de morte no mundo, sendo responsável por 9,6 milhões de mortes em 2018. Em nível global, uma em cada seis mortes estão relacionadas à doença (BORTOLETTO et al., 2017).

Aproximadamente 70% das mortes por câncer ocorrem em países de baixa e média renda. Cerca de um terço das mortes por câncer se devem aos cinco principais riscos comportamentais e alimentares: alto índice de massa corporal, baixo consumo de frutas e vegetais, falta de atividade física e uso de álcool e tabaco. Com isso, observa-se que o impacto econômico do câncer é significativo e está aumentando. O custo anual total da doença em 2010 foi estimado em aproximadamente US\$ 1,16 trilhão (OPAS, 2018).

A última estimativa mundial sobre o câncer, ocorrida no ano de 2018, apontou que ocorreram 18 milhões de casos novos desta doença, tendo ocorrido com isso, 9,6 milhões de mortes decorrentes. Face ao exposto, o câncer de pulmão é o mais abrangente em todo o mundo, seguido pelo câncer de mama, cólon e reto e próstata, respectivamente. Neste sentido, verifica-se que a incidência em pessoas do sexo masculino, representa 53% dos casos novos, sendo um pouco menor nas mulheres (BORTOLETTO et al., 2017).

No Brasil, a estimativa para o triênio 2020 a 2022 aponta que irão ocorrer 625 mil casos novos de câncer, sendo o câncer de pele não melanoma o mais incidente entre todos os casos, seguido por câncer de mama, cólon e reto, pulmão e estômago. Neste sentido, vale frisar que a estimativa poderá ser ainda maior se considerados os casos subnotificados (BRASIL, 2019).

Aproximadamente 80% a 90% dos casos de câncer estão relacionados a fatores ambientais, tais como hábitos alimentares, medicamentos, ingestão de álcool, uso de tabaco, exposição à luz solar, sedentarismo, agentes químicos, infecções por vírus como o Papiloma Vírus Humano (HPV) e o próprio envelhecimento. Quanto à distribuição por região geográfica do país, percebe-se que a

Região Sudeste concentra mais de 60% da incidência de casos, seguida pela Região Nordeste e Sul respectivamente, variando, quanto aos tipos de câncer nestas regiões. Desse modo, verifica-se que, na Região Sul e Sudeste, a incidência mostra que prevalecem os cânceres de próstata e mama, além do câncer de pulmão e intestino (VIERO; LARA, 2015).

A Região Centro-Oeste, apesar de semelhante, incorpora em seu perfil o câncer do colo do útero e o de estômago entre os mais incidentes. Nas Regiões Norte e Nordeste, a incidência do câncer do colo do útero e de estômago tem impacto importante, apesar de também apresentarem os cânceres de próstata e mama feminina como principais nessa população (INCA, 2016)

Além disso, essa patologia está indiretamente associada à baixa escolaridade e às desigualdades socioeconômicas (CRUZ, 2020).

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), os pacientes oncológicos apresentam alto risco nutricional por não se alimentarem de maneira suficiente para atingir suas necessidades energéticas, fato decorrente de uma série de fatores, como a doença de base, dores, náuseas, vômitos, ansiedade, inapetência, disfagia, depressão, incapacidade funcional, tratamentos agressivos e mesmo pelo ambiente hospitalar. Dessa forma, a desnutrição calórico-proteica e a caquexia são frequentemente observadas. Sendo assim, a anorexia é um sintoma frequentemente observado em pacientes oncológicos, que pode ocasionar quadros de desnutrição e evoluir para a caquexia (BORTOLEDO et al., 2020, pág. 11).

## **Diagnóstico e tratamento**

O diagnóstico do câncer varia de acordo com o tipo de relato do paciente, sua história de vida e condições clínicas (sinais e sintomas), entre outras variáveis. Em síntese, esse diagnóstico é realizado por meio de exames laboratoriais como biópsia e exames histológicos, sendo usual a realização de exames de imagem como ressonância magnética, tomografia, entre outros (MARTINEZ, 2018).

Em geral, o tratamento do câncer é realizado por meio de cirurgia, quimioterapia e radioterapia, sendo estes os mais comuns. Variando conforme o estágio da doença e tendo objetivos distintos conforme esta evolução, estágio do tumor, localização e o estado de saúde geral. No caso das cirurgias, esta é tida como a mais antiga terapia contra o câncer, sendo atualmente o principal método de tratamento, indicada para múltiplos objetivos, como por exemplo o controle da dor, alívio de sintomas, ou mesmo como diagnóstico da doença (TERRA et al., 2013).

No caso da radioterapia, ela é utilizada para inibir o crescimento de células cancerígenas, sendo aplicada por diversos tipos de radiação, mais comumente utilizada a radiação magnética e os elétrons. Apesar de células normais também serem afetadas, este método é planejado com cuidado,

buscando preservar o tecido saudável (CRUZ; ROSSATO, 2020). Assim, percebe-se que existem diversas tecnologias, variando conforme o tipo de tumor:

Existem vários tipos de radioterapia e cada um deles têm uma indicação específica, dependendo do tipo de tumor e estadiamento da doença: radioterapia externa, radioterapia conformacional 3D, radioterapia de intensidade modulada (IMRT), radiocirurgia estereotáxica (Gamma Knife) e braquiterapia. A radioterapia pode ser utilizada como o tratamento principal do câncer, como tratamento adjuvante (após o tratamento cirúrgico), como tratamento neoadjuvante (antes do tratamento cirúrgico), como tratamento paliativo, para alívio de sintomas da doença como dor ou sangramento e para o tratamento de metástases (ONCOGUIA, 2020).

No caso da quimioterapia, para tratamento do câncer, são utilizados medicamentos que visam destruir as células do tumor, no entanto, em razão da sua característica sistêmica, acaba atingindo também as células não cancerígenas. Este tratamento é administrado por via intravascular, em alguns casos, é possível a utilização de via oral (TERRA et al., 2013).

Diante o exposto, percebe-se que o câncer ainda é uma doença que traz estigma de morte e seu diagnóstico é algo amedrontador para o paciente, sendo possível verificar angústia e desesperança nesses sujeitos. Além disso, o tratamento do câncer ainda é muito agressivo, proporcionando desde alterações físicas no paciente, como modificações emocionais e sociais que reduzem a sua autonomia (CARMO; SIMON; MATOS, 2019).

### **Assistência de enfermagem ao paciente oncológico**

Frente ao diagnóstico de câncer, o paciente pode desencadear reações devastadoras no âmbito orgânico e emocional, evidenciado por desequilíbrios e conflitos internos, além de sensação de incapacidade e sofrimento intenso. Assim, estas consequências variam de acordo com o tipo de câncer e estágio da doença. Neste sentido, o enfermeiro deve gozar de capacidade de resolver esses conflitos, prestar cuidados no início da doença, dirimir dúvidas dos pacientes e familiares e apresentar estratégias de enfrentamento psicológico da patologia (LINS; SOUSA, 2018).

O paciente com câncer pode apresentar efeitos colaterais do tratamento quimioterápico, causando limitações inerentes ao seu estado físico. Em um cenário hospitalar, tratar essas intercorrências é rotina, porém, no âmbito da atenção básica, pode ser esporádico. Como muitos pacientes em tratamento quimioterápico frequentam unidades de Estratégia Saúde da Família, necessitam de uma mesma linha de ação, tanto em nível hospitalar quanto na atenção básica. Para tal homogeneidade ocorrer, os enfermeiros precisam estar capacitados para identificarem situações de risco e tomarem as medidas necessárias (BRASIL, 2008).

Neste sentido, esses pacientes possuem significados diversos, tais como, mudanças de valores, crenças e atitudes que demandam intervenções apropriadas e individualizadas, para minimizar a ameaça à sua integridade física e psíquica, o que leva o enfermeiro e demais profissionais de sua equipe, a confrontar-se com sua própria vulnerabilidade e finitude (SOUSA; SILVA; SOUZA, 2016).

Assistir ao paciente com câncer vai além de uma prescrição de cuidados: envolve acompanhar sua trajetória e de sua família, desde os procedimentos diagnósticos, tratamento, remissão, reabilitação, possibilidade de recidiva e fase final da doença, ou seja, vivenciando situações do momento do diagnóstico à terminalidade (CRUZ, 2011).

Diante disso, frente às sérias repercussões que o câncer desencadeia, é crucial que a comunicação do profissional com o paciente ocorra de forma adequada. Nesse contexto, destaca-se o diálogo, que sempre foi fundamental nas relações humanas. Por meio dele, profissionais de saúde podem desenvolver uma escuta singular que permite apreender todas as demandas dos clientes. Na medida em que o diálogo avança, o vínculo profissional-paciente aparece, e deste nasce a confiança tão necessária na relação de ajuda (RENNÓ; CAMPOS, 2013).

No mais, é importante também que os pacientes possuam boas informações quanto à patologia, uma vez que a pessoa que familiarizada com a condição de ter uma doença crônica e o fato de estar envolvida em seu tratamento, tende a se sentir mais segura e esperançosa quanto à evolução e prognóstico de sua doença. Contrário a isso, o não conhecimento acerca de sua doença leva os pacientes a não se comprometerem com o tratamento (THEOBALD et al., 2016).

Em razão da característica debilitante da doença e dos tratamentos impostos, o enfermeiro tem a responsabilidade de reconhecer e intervir apropriadamente nos casos em que o indivíduo é acometido. A rede básica de saúde constitui-se na principal porta de entrada das pessoas na busca da atenção à sua saúde, incluindo aquelas em tratamento do câncer. Dessa forma, todos os enfermeiros necessitam de conhecimentos básicos de enfermagem oncológica para dar cuidados adequados aqueles que apresentam problemas decorrentes de tal doença (CRUZ; ROSSATO, 2014)

Os enfermeiros, por serem os profissionais que tendem a ter mais contato com os pacientes na atenção básica, precisam estar aptos a prestar tal assistência. E, para acompanharem as exigências que as inovações científicas e tecnológicas lhes apresentam, precisam reformular os modos de pensar, de ser e de agir diante dos requisitos da prática assistencial e de ensino (CRUZ; ROSSATO, 2014). O enfermeiro ocupa um lugar importante junto à clientela no dia a dia da trajetória terapêutica, pois é ele quem recebe os pacientes, os avalia, realiza procedimentos e encaminha os que têm problemas colaborativos para a equipe interdisciplinar (SOUSA; SILVA; SOUZA, 2016).

Por ser profissional acessível para conversar ou dirimir dúvidas, muitas vezes, é reconhecido como o principal elo entre os membros da equipe de saúde. Nessa perspectiva, torna-se imprescindível uma reflexão sobre a prática de enfermagem no sentido da exigência em conhecimento amplo, tecnológico e humano, sobre os cuidados necessários a essa clientela específica e sobre os desafios para sua aplicação (LUZ et al., 2016).

## **METODOLOGIA**

### **Tipo de estudo**

A pesquisa é uma revisão da literatura que trata da temática ora exposta. Realizada com base em artigos previamente selecionados. Os dados secundários foram obtidos por meio da seleção de estudos no período de setembro a novembro do ano de 2020, foram extraídos os estudos de bases de dados como Portal de periódicos da Capes, Biblioteca Virtual em Saúde – BVS; Medical Literature e Analysis and Retrieval System Online – Mediline; e Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS. Após a seleção dos artigos e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão dos textos foram selecionados 39 artigos inicialmente, sendo que destes, apenas 24 foram selecionados por atenderem ao objetivo proposto.

Os critérios para seleção do estudo foram utilizados artigos completos, publicados entre os anos de 2005 a 2020 e em idioma português que estivessem disponibilizados em suporte eletrônico. Excluídos artigos que apesar de abordar a temática câncer, não contemplavam os cuidados de enfermagem. Tendo como palavras-chave: Câncer; Cuidados; Assistência de enfermagem; Desafios.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

No Brasil há estimativa de aumento de casos nos próximos três anos, sendo o câncer de pele não melanoma o mais incidente entre todos os casos previstos. Boaventura et al.(2015) em estudo relacionado à epidemiologia do câncer até o ano 2030, destaca que as pessoas com mais de 65 anos representarão mais de 70% dos números de casos da doença, devendo, portanto, serem adotadas medidas direcionadas a evitar o sofrimento e piora da qualidade de vida desses idosos. Concernente às doenças degenerativas, há um pior prognóstico quando incidem em pessoas com baixa renda e escolaridade, sendo a desigualdade social fator preponderante nos índices de mortalidade desses indivíduos (CARMO; SIMON; MATOS, 2019).



Percebe-se que há prevalência de homens com câncer no Brasil, possivelmente devido ao fato destes sujeitos possuírem mais resistência em buscar os serviços de saúde, acreditando que o autocuidado e a procura de informações colocam em risco a sua masculinidade (BRASIL, 2019). Sendo esta incidência verificada também em um estudo realizado por Boaventura et al., (2015), os quais alertaram para o fato de os homens buscarem menos os serviços de saúde em situações de prevenção e/ou obtenção de informações.

Conforme dados do INCA (2015), na população masculina a maior incidência é de câncer de próstata, quando comparado com os demais tipos, seguido do câncer de cólon e reto (VALADÃO et al., 2010). No caso da população feminina verifica-se maior incidência de câncer de mama e do colo do útero, sem considerar os tumores de pele não melanoma.

Observa-se que o câncer é uma patologia com concepções criadas historicamente pela sociedade, vista como doença dolorosa e incurável. Com isso, junto ao seu diagnóstico há desencadeamento de reações orgânicas e emocionais, o que tende a gerar desequilíbrios e conflitos internos no paciente, ocasionando sofrimento para este, em razão da desorganização psíquica frente à doença (BOAVENTURA et al., 2015).

Na maioria das vezes o gerenciamento da doença oncológica é caracterizado pela instabilidade emocional e clínica do paciente, nas fases de agravamento e de cuidado crítico, sendo observada a exacerbação de sintomas que pioram a qualidade de vida, evidenciando um complexo processo de morrer e da morte, uma vez que geralmente estes pacientes em estado crítico estão hospitalizados (SADIK et al., 2014).

Neste sentido Boaventura et al. (2015) afirmam que é importante a atenção domiciliar aos pacientes com câncer em fase avançada, reduzindo a utilização de cuidados intensivos e óbitos hospitalares no final da vida. Relacionado aos cuidados inerentes a enfermagem, expõem-se que as principais terapêuticas realizadas com pacientes com câncer voltam-se aos tratamentos quimioterápicos e intervenções cirúrgicas, sendo esta última uma das ações mais importantes e promissoras no combate a este infortúnio (ANDRADE; SAWADA; BARICHELLO, 2013). Indo de encontro a estes resultados. Vieira e Fortes (2015 apud, BOAVENTURA, 2015) pontuam que o tratamento do câncer possui objetivos que podem variar, devendo buscar a cura quando possível e/ou a sobrevida do paciente quando não há possibilidade de cura, proporcionando cuidados paliativos.

A complexidade do tratamento oncológico requer habilidades do enfermeiro, tanto técnicas científicas quanto de relações interpessoais e cuidados individualizados. Neste sentido, a enfermagem tem a responsabilidade de demonstrar conhecimento, afetividade, boa comunicação e empatia, sendo estes elementos indissociáveis da boa assistência ao paciente oncológico (AZEVEDO

et al., 2014). Esses elementos também são demonstrados em estudo realizado por Peterson (2011) quando investigou a comunicação terapêutica na enfermagem, com pacientes idosos com câncer.

No entanto, conforme Cruz e Rossato (2015 apud Boaventura et al., 2015) o cuidado de enfermagem ao paciente com câncer muitas vezes é comprometido pela carência de profissionais habilitados. Tal deficiência é verificada desde a graduação, tendo em vista que as Diretrizes Curriculares Nacionais não observam na formação de enfermeiro um conhecimento mais aprofundado nesta área de atenção à saúde (SILVA, 2020).

A assistência ao paciente com câncer vai além de uma prescrição de cuidados: envolve acompanhar sua trajetória e de sua família, desde os procedimentos diagnósticos, tratamento, remissão, reabilitação, possibilidade de recidiva e fase final da doença, ou seja, vivenciando situações do momento do diagnóstico à terminalidade (SOUSA; SILVA; SOUZA, 2016). Corroborando com esse estudo, Azevedo et al. (2014) salientam que a atuação da enfermagem passa principalmente pelo bom planejamento das ações desenvolvidas, buscando estabelecer objetivos da assistência, verificando consequências da patologia e da assistência, determinar metas específicas e estratégias adequadas.

Quanto às condutas específicas direcionadas aos enfermeiros frente ao paciente com câncer, é possível citar o planejamento, organização e supervisão da equipe de enfermagem, consulta de enfermagem baseada em processo de enfermagem, assistência à família e educação em saúde com os envolvidos sociais do cuidado. No mais, o enfermeiro é responsável por administrar quimioterápicos antineoplásico conforme protocolo terapêutico e farmacocinética da droga, realização de curativos conforme estágio da doença, além de procedimentos como passagem de sondas entre outros (LUZ; VARGAS; ROSA, 2016).

Segundo Carmo et al. (2019), os cuidados de enfermagem em Oncologia são complexos, assim, os profissionais que atuam nessa área são submetidos a fatores de riscos emocionais, o que exige destes, habilidades para lidar com sentimentos dos outros e de si mesmo. Cabendo ao enfermeiro suscitar formas de enfrentamento da doença, pelos pacientes acometidos. É fundamental que haja um cuidado humanizado, cabendo ao enfermeiro ações que valorizem não apenas a doença, mas a própria existência do paciente (SOUSA; SILVA; SOUZA, 2016).

## **CONSIDERAÇÕES**

Foi possível concluir que o câncer, no Brasil, possui alta incidência, principalmente nas regiões Sudeste, Norte e Sul. Havendo prevalência no sexo masculino em relação ao feminino, inclusive com situações mais graves relacionadas ao câncer de próstata e cólon retal.

Quanto aos desafios para a assistência de enfermagem, observou-se que elementos como boa comunicação, empatia e conhecimento teórico prático são indissociáveis para manutenção deste cuidado em oncologia. Cabe ao enfermeiro suscitar formas de enfrentamento da doença junto ao paciente. Valendo-se de cuidado humanizado na atenção ao paciente e à família deste.

No mais, a carência de capacitação profissional é fator preponderante na dificuldade da assistência a estes usuários de saúde, principalmente em razão do não aprofundamento deste tema na formação universitária dos profissionais. Por fim, espera-se que o estudo contribua com a discussão em âmbito acadêmico e social, em geral, fortalecendo as perspectivas do cuidado direcionado ao paciente oncológico pela enfermagem.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE V, SAWADA NO, BARICHELLO E. Quality of life in hematologic oncology patients undergoing chemotherapy. **Rev Esc Enferm USP**. 2013 Apr;47(2):355-61. Disponível em: <DOI: 10.1590/S0080- 62342013000200012>. Acesso em 28 nov 2020.

AZEVEDO IC, COSTA RKS, HOLANDA CSM, SALVETTI MG, Torres GV. Conhecimento de enfermeiros da estratégia saúde da família sobre a avaliação e tratamento de feridas oncológicas. **Rev Bras Cancerol**. 2014.

BOAVENTURA, A, P. VEDOVATO, C, A. SANTOS, F, F. Perfil dos pacientes oncológicos atendidos em uma unidade de emergência. **Ciencia Y Enfermeria Xxi** (2): 51-62, 2015. Disponível em:< [https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v21n2/art\\_06.pdf](https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v21n2/art_06.pdf)>. Acesso em 22 Jan 2020.

BORTOLETTO, M, MN. SOUZA, I, A. DIAS, A, M, ALEMEIDA, N, M. et al. **Perfil Sociodemográfico e Nutricional de Pacientes Oncológicos em Terapia Nutricional Enteral**. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_64/v02/pdf/02-artigo-perfil-sociodemografico-e-nutricional-de-pacientes-oncologicos-em-terapia-nutricional-ental.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_64/v02/pdf/02-artigo-perfil-sociodemografico-e-nutricional-de-pacientes-oncologicos-em-terapia-nutricional-ental.pdf)>. Acesso em 21 Jan 2020.

BRASIL. Estimativa 2020. **Incidência de Câncer no Brasil**. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em:< <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil> >. Acesso em 15 jun 2020.

CARMO, R. A. L. O; SIMAN, A. G. MATOS, R. A. M, T. **Cuidar em Oncologia: desafios e superações cotidianas vivenciadas por enfermeiro**. Disponível em:< <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n3.818>>. Acesso em 2 dez 2020.

CRUZ, E, A. **Planejamento da Assistência de Enfermagem ao paciente com Câncer Reflexão Teórica sobre as dimensões sociais**. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452011000100025](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100025)>. Acesso em 21 Jan 2020.

CRUZ, F, S. ROSSATO, L, G. **Cuidados com o Paciente Oncológico em Tratamento Quimioterápico: o Conhecimento dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família**. Disponível em: < [http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_61/v04/pdf/04-artigo-cuidados-com-o-paciente-oncologico-em-](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_61/v04/pdf/04-artigo-cuidados-com-o-paciente-oncologico-em-)

tratamento-quimioterapico-o-conhecimento-dos-enfermeiros-da-estrategia-saude-da-familia.pdf.>. Acesso em 21 Jan 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. INCA. **Estimativa 2016: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2016. 3. Gabriel J. Acute oncological emergencies. Nurs Stand. 2012 Oct;27(4):35-41. Disponível em:<DOI: 10.7748/ns2012.09.27.4.35.c9308. Acesso em 01 dez 2020.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. **Estimativa 2016: Incidência do Câncer no Brasil**. 2015.

Instituto ONCOGUIA. Tratamentos do câncer. Disponível em:< <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/tratamentos/77/50/> >. Acesso em 14 jun 2020.

LINS, F, G. SOUZA, S, R. **Formação dos enfermeiros para o cuidado em oncologia**. Disponível em:< <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i01a22652p66-74-2018> >.2018. Acesso em 22 Jan 2020.

LUZ KR da. VARGAS M, A, O. ROSA L, M .et al. **Enfermeiros na atenção oncológica: conhecimento na prática do cuidado**. 2016.

MARTINEZ, E.E. L. **Prevenção de fatores de risco da neoplasia de colo de útero em mulheres de 25 até 64 anos na unidade Básica de Saúde da Família Maria de Fatima no Município Rio Branco, Estado Acre**. Rio Branco, 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OPAS. Folha informativa – Câncer. Disponível em:< [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094)>. Acesso em 18 abr 2020.

RENNÓ, C. S. N.; CAMPOS, C. J. G. Comunicação interpessoal: valorização pelo paciente oncológico em uma unidade de alta complexidade. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 106-115, 2013.

SADIK M, OZLEM K, HUSEYIN M, ALIAYBERK B, Ahmet S, Ozgur O. Attributes of cancer patients admitted to the emergency department in one year. **World J Emerg Med**. 2014.

SILVA, R, C, V. **Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer: Reflexão teórica sobre as dimensões sociais**. Disponível:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452011000100025](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452011000100025)>. Acesso em 20 Jan 2020.

SOUSA, C. A. SILVA, D. R. SOUZA, S. S. Desafios do Enfermeiro frente ao paciente oncológico em fase terminal. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde** | Salvador, v. 4, n. 4, p. 47-58, jul./dez. 2016.

TERRA F.S., COSTA A.M.D.D., DAMASCENO L.L., LIMA T.S., FILIPINI C.B., LEITE M.A.C. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. **Rev Bras Clin Med**. 2013.

THEOBALD, M, R. SANTOS, M, L, M. ANDRADE, S, M, O. CARLI, A, D. **Percepções do paciente oncológico sobre o cuidado**. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312016000400010>>. 2016Acesso em 22 Jan 2020.

VALADÃO M, LEAL R.A., BARBOSA L.C., CARNEIRO M, MUHARRE R.J.. Perfil dos pacientes portadores de câncer colorretal operados em um Hospital Geral: Necessitamos de um programa de rastreamento acessível e efetivo. **Rev Bras Coloproct.** 2010 abri/jun;30(2):160-6. Disponível em: < DOI: 10.1590/S0101- 98802010000200006>. Acesso em 01 dez 2020.

VIEIRA, A, R. FORTES, R, C. Qualidade de vida de pacientes com câncer gastrointestinal. **Com. Ciências Saúde.** 2015; 26(1/2): 45-56. Disponível em:< [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs\\_artigos/2015\\_qualidade\\_vida\\_pacientes.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/2015_qualidade_vida_pacientes.pdf)>. Acesso em 10 dez 2020.

VIERO, F, T. LARA, J, M. **Perfil Socioeconomico e Clinico de pacientes em tratamento oncológico em um município do norte do rio grande do sul.** Disponível em: < <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/ic/article/view/1418>>. Acesso em 21 Jan 2020.

## **CAPÍTULO 5**

### **APLICABILIDADE DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM CÂNCER TERMINAL**

*Roberto de Araújo Oliveira*

*Euzamar de Araújo Silva Santana*

*Ruhena Kelber Abrão*

#### **INTRODUÇÃO**

A Saúde Pública brasileira possui aspectos possui inúmeros fatores positivos a serem destacados, bem como uma série de agravos que carecem de investimentos e estudos, sendo que as neoplasias malignas, isto é, o câncer, são umas das relevâncias epidemiológicas que carecem de investigação. A terminologia do câncer é abrangente, visto que refere-se ao nome geral dado a um conjunto de mais de 100 doenças crônicas que têm em comum o crescimento desordenado de uma célula ou um grupo de células (THULLER, 2012).

Nas pesquisas realizadas no Instituto Nacional de Câncer (INCA), no ano de 2015, no Brasil, as estimativas para o ano de 2019 que serão válidas para o ano de 2020, indicavam a incidência de aproximadamente 420 mil casos novos, sem contar com os cânceres de pele, não melanoma, que serão de 280 mil casos. Incluindo estes tipos, estima-se um total de 600 mil casos novos, os principais são: Próstata, traqueia, brônquio e Pulmão para o gênero masculino, e mama e colo de útero para o feminino, reforçando a magnitude de tal patologia como problema de saúde pública no país (BRASIL, 2016).

Trata-se, de um agravo de saúde que compromete a vida dos indivíduos acometidos, em todas as dimensões, seja ela biológica social ou afetiva, podendo causar dor intensa, além de outros sintomas físicos, sofrimento emocional e espiritual profundo que podem tornar a vida insuportável, exigindo assim uma nova modalidade de cuidados realizados por uma equipe multiprofissional especializada, de forma a paliar os sinais e sintomas que o cliente possa desenvolver (BRASIL, 2015).

Embora a cultura dessa modalidade cuidados tenha sido construída na Europa em 1960, ganhado força nos Estado Unidos da América meados anos 1980 somente na década atual passaram a ser discutida de forma mais aberta em nosso país, tendo o cuidar direcionado a precauções, responsabilidades, afeto e transformações, ponderando a percepção vida-morte, estendendo a atenção assistencial ao cuidador e familiares (KOVÁCS, 2003).

O tema apresenta-se popularmente como um delicado tabu bioético, pois existe uma série de complexos vieses cognitivos relacionados à aceitação da finitude e a real função da equipe de saúde assistencial em distintos subgrupos de pacientes. Negligenciar a possibilidade da morte para afastar a ansiedade gerada pela expectativa de ruptura com o mundo conhecido, de tal forma que falar sobre o morrer representa um assunto desagradável e evitado em qualquer roda de conversa (SANTOS, 2009).

Com base no exposto, o tema proposto irá ressaltar com bases seguras a histofisiopatologia da doença em questão, seu grau de magnitude epidemiológica no Brasil e no mundo e qual seria a assistência realizada pelo enfermeiro frente ao cliente oncológico. Acreditando que os resultados deste estudo serão relevantes para ampliar conhecimento sobre as estratégias adotadas nessa assistência, nas mais variadas realidades, no qual são desenvolvidas, e ainda direcionar novos estudos sobre a temática, visto que o campo de atuação do enfermeiro é amplo, havendo muito a ser feito para o desenvolvimento da profissão na área de cuidados paliativos.

## **METODOLOGIA**

Ao abordarmos os cuidados paliativos é importante fazermos referência ao termo Bioética, a partir da qual surgiu a medicina paliativista. Segundo a Encyclopedia of Bioethics, Bioética é “o estudo sistemático das dimensões morais das ciências da vida e do cuidado da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto multidisciplinar.” Regida pelos princípios da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, a Bioética fundamenta-se no respeito à dignidade da pessoa humana (DINIZ, 2014, p.44).

Segundo Lima (2015, p.18), é importante destacar também o princípio da qualidade de vida, o qual considera esta, como fator essencial para estabelecerem parâmetros para a intervenção médica. Se por um lado a vida é um valor por si só, por outro, sua qualidade é fundamental para o bem-estar da pessoa humana.” Ao considerarmos a qualidade de vida como um princípio, devemos ressaltar essa qualidade em todas as etapas da vida, inclusive no processo de finitude, de modo a assegurar uma morte digna, com todos os direitos humanos garantidos, atendendo às necessidades biopsicossocioespiritual do indivíduo.

Trata-se de uma revisão exploratória da literatura, pois permite que pesquisas anteriores sejam analisadas de forma a reforçar o tema proposto pelo autor com base em evidências científicas propostas por diversos autores anteriores.

Lakatos e Marconi, (2002, p.45) realçam que:

A revisão da literatura é o processo de busca, análise e descrição de um corpo o conhecimento em busca de resposta a uma pergunta específica. “Literatura” cobre todo o material relevante que é escrito sobre um tema: livros, artigos de periódicos, artigos de jornais, registros históricos, relatórios governamentais, teses e dissertações e outros tipos.

Assim, primeiramente seguem-se as etapas: identificação do problema; elaboração da pergunta norteadora; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; coleta de dados em bases científicas; seleção dos artigos; análise e interpretação dos resultados. Como guia desta revisão, elaborou-se a seguinte questão norteadora: Na literatura analisada qual seria a assistência realizada pelo enfermeiro frente a um cliente portador de câncer em estado terminal? Visto que receber o diagnóstico de que o organismo desenvolve o câncer traz consigo uma série de sentimentos confusos e de difícil compreensão, remetendo-o ao pensamento de morte lenta, dolorosa e triste. Por isso, é importante que se tenha conhecimento sobre o processo de desenvolvimento da doença, como indivíduos portadores da patologia encontram-se frente ao processo saúde/doença/morrer e qual a assistência promovida pelo enfermeiro a esse grupo de pessoas.

O problema em questão seguido da pergunta norteadora foi: Qual a assistência realizada pelo enfermeiro frente a um paciente oncológico em estado terminal? A busca de artigos relacionados a temática foi realizada nos periódicos indexados nas bases de dados: Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Scientific Electronic Library *online* (ScieLO) nos meses de abril e maio de 2019, utilizando os descritores: Cuidados paliativos, enfermagem, enfermeiro, saúde e câncer. Os critérios de inclusão para a seleção do estudo foram: ser artigo, está disponível online e gratuito, apresentar texto completo, divulgados em língua portuguesa de nacionalidade brasileira, em periódicos entre os anos de 2012 e 2019 e aderir à temática.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

O processo de morte e morte é um acontecimento natural da existência humana, porém intrigante. A abordagem dessa temática ainda causa desconforto em muitas pessoas, visto que envolve aspectos culturais, sociais, emocionais, psíquicos e espirituais. Nesse sentido, é fundamental compreender e aceitar a morte como um marco do ciclo vital, especialmente quando se trata do cuidado em saúde (LIMA; ANDRADE, 2017).

Não compreendendo e repudiando a morte, é comum as pessoas evitarem abordar o assunto, postergando esse momento o máximo possível, apesar de ser uma certeza tida desde que o ser humano toma consciência de sua existência (JUNGES *et al.*,2010). A recusa da morte tende a tornar os processos de adoecimento sem possibilidades terapêuticas de cura, ainda mais dolorosos, estando



o indivíduo envolto em sentimentos de medo, rejeição e revolta.

Kovács (2010) observa que no entendimento de muitas pessoas a morte significa o arremate dos sonhos, das conquistas, das relações, dos prazeres, o fim da vida daqueles que partem. Enquanto para os entes queridos que aqui ficam, é percebida como, desenrolamento, saudade, sofrimento, solidão, ausência, desamparo, perda e dor.

A pirâmide populacional tem-se modificado nas últimas décadas e a expectativa de vida aumentou. Gomes e Othero (2016) destacam que a longevidade já é uma realidade para Homens e Mulheres contemporâneos, entretanto, viver mais pode tornar-se infortúnio a depender de suas condições de saúde e da assistência à saúde disponibilizada pela sociedade aos idosos.

Após realizar a busca nos principais bancos de dados *online*, foram excluídos os artigos que não se enquadraram nos critérios supracitados na metodologia e os que não respondiam à questão norteadora. Na busca inicial através do cruzamento dos descritores foram encontrados 340 artigos. Destes, 197 eram da LILACS e 143 da ScieLO.

Dentre os artigos, apenas 153 estavam relacionados ao tema proposto. Sendo 87 ofertados pela LILACS e 66 pela ScieLO. Após uma leitura na íntegra de cada artigo científico, observou que muitos não estavam de acordo com o objetivo do estudo ou não respondiam à questão norteadora, restando assim 8, que serviram como base de dados para o presente estudo, conforme podemos observar nas figuras 1 e 2.

Figura 1. Diagrama analítico do levantamento bibliográfico

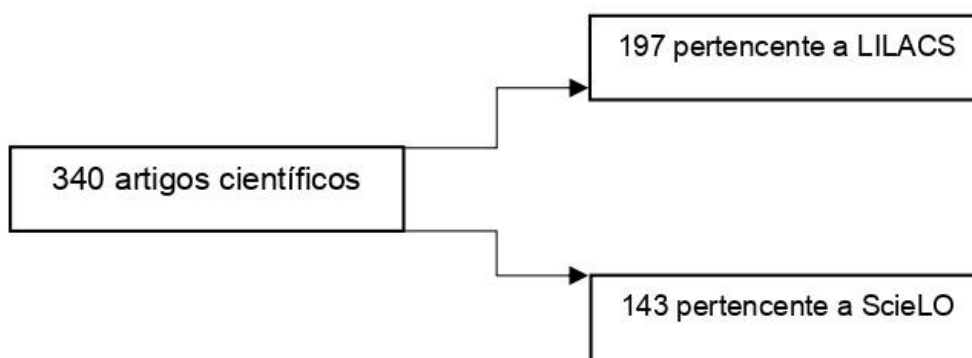
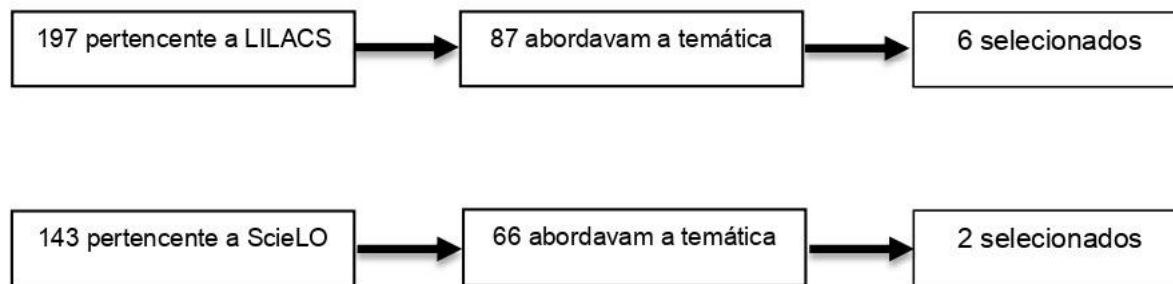


Figura 2. Diagrama analítico do levantamento bibliográfico



Com base nas produções científicas que se enquadraram no processo metodológico, pôde-se realizar o levantamento de 4 grandes eixos: Histofisiopatologia do câncer; Epidemiologia do câncer no mundo e no Brasil; A importância dos cuidados paliativos e a Comunicação no cuidado paliativo.

### **Eixo: histofisiopatologia do câncer**

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer – INCA (2015), para que o organismo mantenha o equilíbrio hemostático tecidual, novas células são produzidas à medida que células antigas entram em processo natural de morte programada, conhecido como apoptose. O câncer surge quando fatores multicausais conhecidos como carcinogênicos internos (hereditariedade) e externos (ambiente) modificam a estrutura do ácido desoxirribonucléico – DNA das células, responsável por sintetizar todas as proteínas essenciais à vida.

Uma vez instalado o processo de mutação gênica, a célula desenvolve proteínas inibidoras de apoptose ou Inhibitor of Apoptosis Protein (IAP) também chamadas de proteínas antiapoptóticas, responsável por fazer com que a célula cancerígena não entre em morte celular programada e natural. Em resposta a esse mecanismo a célula cancerígena continua seu processo de mitose, originando novas células geneticamente idênticas à célula-mãe.

Com essa sucessível divisão celular, surge um aglomerado de células, conhecido como tumor. O tumor é classificado em maligno, quando o processo de divisão celular é de forma rápida, incontrolável e agressiva, o que constitui risco de vida ao portador. Por outro lado, o tumor benigno se caracteriza por ser apenas um acúmulo de células que se divide de forma lenta, sem causar maiores agressões ao indivíduo (THULER, 2012).

Apesar de as células que compõem o tumor serem anormais, elas continuam fazendo parte do

organismo e necessitando de forma constante de nutrientes para satisfazer suas necessidades metabólicas e continuarem vivas e proliferando. À medida que as células se multiplicam e o tumor cresce, inicia-se o processo de sequestro de nutrientes de células saudáveis do órgão acometido, em Corolário a esse mecanismo, tais células entram em processo de morte patológica em resposta à redução do aporte adequado de nutrientes para satisfazer as necessidades metabólicas, levando ao comprometimento funcional do órgão (SILVA, 2015).

Quando o aporte de nutrientes do órgão acometido não satisfaz mais a necessidade metabólica das células tumorais, inicia-se o processo de angiogênese tumoral, caracterizado pelo crescimento de novos vasos sanguíneos, a mando do tumor primário a fim de suprir suas necessidades. Utilizando este processo como uma espécie de “ponte”, as células tumorais são transportadas para qualquer outro órgão do organismo, desenvolvendo tumores secundários em diferentes partes do corpo. Este mecanismo é conhecido como metástase tumoral, o principal problema é uma das causas mais frequentes de morte em decorrência do câncer (THULER, 2012).

### **Eixo: epidemiologia do câncer no mundo e no brasil**

Nas últimas décadas, um olhar direcionado para as patologias que despertam maior interesse epidemiológico devido a sua alta prevalência, traz o câncer, infelizmente, como um agente, convertendo-se de forma global em um evidente problema de saúde pública em função da elevada incidência, mortalidade, gastos para a saúde pública e, acima de tudo, as consequências sobre a qualidade de vida do sujeito.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o câncer constitui-se na segunda principal causa geral de morte por doença no mundo, responsável por pouco mais de 20% do total de mortes a cada ano e prevê que em 2030 o número de pessoas acometidas por algum tipo de câncer pode chegar a 27 milhões de casos no mundo, com cerca de 17 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente convivendo com esta patologia.

No Brasil, dados do Instituto Nacional do Câncer denotam que o câncer como a terceira causa geral de morte, perdendo apenas para os agravos de origem cardiovascular e as traumatológicas, o mesmo ainda classifica os tipos de cânceres mais incidentes para o ano de 2016 biênios 2017 no gênero masculino: Próstata com 61.200 novos casos, traqueia, brônquio e Pulmão com 17.330 novos casos e cólon e reto com 16.660 novos casos, já no gênero feminino, as estimativas elucidam a câncer de mama como o mais incidente, com 57.960 novos casos, seguidos do cólon e reto 17.620 novos casos e colo do útero 16.340 novos casos (SILVA, 2015).

**Eixo: a importância do cuidado paliativo.**

Com os avanços tecnológicos e da medicina, muitas doenças antes fatais, hoje são curáveis, contudo, há um aumento expressivo na incidência de doenças crônico- degenerativas. Rego e Palácios (2006) enfatizam que em muitos casos não há cura e os pacientes necessitam conviver com a dor, a insegurança e o sofrimento por um longo período, necessitando de assistência profissional qualificada.

A estrutura familiar também tem sofrido alterações, percebendo-se uma redução no número de integrantes por família, bem como aumento no número de divórcios, acarretando uma elevação do número de pessoas que vivem sozinhas e que ao serem acometidas por uma doença crônica e/ou incurável, dependerão dos cuidados de profissionais de saúde, especialmente dos profissionais de enfermagem, que em muitos casos, assumem o lugar do familiar na execução do cuidado. Os hábitos de vida, princípios e prioridades passam por transformações e são características presentes nessa geração o individualismo, o racionalismo e a falta de espiritualidade. Neste sentido, ser acometido por um agravo que coloque em risco a vida, pode resultar em sofrimento psíquico, físico, social e emocional e em uma morte lenta (ANCP, 2012).

Neste cenário surge uma nova filosofia de assistência à saúde, os Cuidados Paliativos, com a finalidade de “promover a qualidade de vida, de prevenir e aliviar o sofrimento de indivíduos e de seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da existência” (ANCP, 2012, p. 34). Apesar do avanço tecnológico e do desenvolvimento da terapêutica, a morte continua sendo uma ameaça ao ideal de cura e preservação da vida, para o qual nós, profissionais da saúde, somos treinados, bem como ensinados. Os pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura se aglomeram nos estabelecimentos de saúde, sendo submetidos a intervenções muitas vezes desnecessárias, no qual o seu sofrimento e um dos sintomas mais frequentes, a dor, são ignorados. Neste ínterim, faz-se necessária uma reflexão a respeito do processo de morte e morte, de modo a assegurar a humanização da assistência e a dignidade do indivíduo, durante a vida e morte (ANCP, 2012).

A enfermagem é responsável por assistir ao ser humano em todos os seus ciclos de vida, sendo o gestor do cuidado. Em sua atuação o Enfermeiro, assim como os demais profissionais de saúde “encaram diversos sentimentos de impotência, culpa, tristeza e medo, relacionados com o processo de morrer e morte, ficando frente a frente com algo que frequentemente não podem dominar” (LIMA *et al.*, 2012, p. 182). Neste sentido, o enfermeiro necessita apropriar-se dos conhecimentos necessários, desenvolvendo habilidades e competências técnicas, psíquicas e emocionais, que o possibilita ofertar uma assistência de qualidade e digna, frente à vida e à morte,

visto que a última nada mais é que uma etapa da existência do indivíduo (COFEN, 2016).

Neste contexto, cabe destacar que as limitações conferidas aos profissionais de saúde, com ênfase para o Enfermeiro, na assistência ao doente terminal, possivelmente estão associadas à sua formação acadêmica, haja vista que na maioria dos cursos de graduação os ensinamentos estão direcionados ao “tratamento, à recuperação e, posteriormente, à cura da(s) injúria(s) que afeta(m) o(s) paciente(s) que encontra(m)-se sob seus cuidados, a partir de conteúdos que privilegiam a biomedicina” acarretando sentimentos de insucesso quando não há possibilidade terapêutica de cura (KOVÁCS, 2003, p.45). “O momento da morte do paciente suscita, com frequência, nos profissionais, inúmeras emoções e reações, pois a ocorrência desse evento remete a lembrança da própria finitude” (LIMA *et al.*, 2012, p.182).

Ao considerarmos o ser humano como um ser biosociopsicoespiritual que necessita ser assistido em sua integralidade, e o profissional de enfermagem como o integrante da equipe de saúde que mais tempo passa ao lado do doente, é fundamental que durante a formação dos enfermeiros os mesmos tenham contato com a finitude, no contexto teórico e prático, considerando todos os aspectos que envolvem o ser humano, sejam éticos, religiosos, sociais, psicológicos e espirituais, a fim de que desenvolvam competências e habilidades técnicas e emocionais para lidar com um fenômeno que marca profundamente todos os envolvidos, seja paciente, familiar ou cuidador (GALRIÇA, 2010).

Apesar de desafiador, é necessário repensar a formação dos profissionais de saúde para o processo de morte e morrer, o que exigirá uma reforma nos currículos das instituições de ensino em saúde com vistas a estimular o discente a desenvolver habilidades e competências técnicas e emocionais para lidar com a dor, o sofrimento e finitude, assistindo o doente e seus familiares em sua integralidade. “Portanto, fomentar a discussão acerca do processo de morrer e morte, possibilita reforçar a necessidade de se desconstruir, construir e reconstruir novos pilares para os conteúdos curriculares” (LIMA *et al.*, 2012, p. 181).

Em virtude ao alto índice de incidência e prevalência do câncer, surge a necessidade de um modo específico de cuidar, conhecido como cuidado de fim de vida ou paliativo, definido pela Organização Mundial de Saúde em 1990 e atualizado em 2002 como:

Cuidado total e ativo a pacientes cuja doença não é mais responsiva ao tratamento curativo. Seu foco está no controle da dor, manejo de outros sintomas físicos e apoio às necessidades psicossociais e espirituais. O objetivo é buscar a melhor qualidade de vida possível do paciente e sua família, p. 23.

Os cuidados paliativos atuais estão organizados em graus de complexidade que se somam em um cuidado integral e ativo. Logo, no cuidado integral compreendemos que este deva ser iniciado

prioritariamente no momento do diagnóstico clínico de uma doença de origem crônico-degenerativa, privativamente pelo médico oncologista. Tratando-se do câncer, quando diagnosticado tardiamente, com metástases, é essencial que este profissional desenvolva uma comunicação adequada para com o paciente de forma individualista, humanista e humanitária, isto porque a perspectiva de vida do cliente torna-se reduzida e ocorre um grau de sofrimento. O profissional deve ter em mente que, palavras curtas, duras e secas de um breve diagnóstico podem machucar profundamente. Ser médico ou enfermeiro não é apenas dominar a teoria científica, é ser capaz de se colocar no lugar do outro, com ética, moral, respeito e um mínimo de compaixão. Porque os pacientes são pessoas, não números (SANTOS, 2009).

Cuidar é o verbo presente em todas as Teorias de Enfermagem. Em Cuidados Paliativos, significa estar ao lado de pessoas com perda de vitalidade, com dor, depressão, perda de autonomia, entre outros sinais e sintomas, tentando conhecer e respeitar seus valores espirituais e culturais, criando oportunidades para que resolvam assuntos pendentes principalmente com a família, sendo “ponte” na relação com os médicos, em razão do enfermeiro estar presente por mais horas do dia junto ao paciente (OLIVEIRA, 2008).

Diante do diagnóstico de uma doença cuja cura não é, em partes, possível e vivenciar a ameaça ou concretude das perdas inerentes, o cliente passa por mudança em suas relações sociais, familiares e consigo mesmo, podendo desenvolver mecanismos psicológicos como forma de defesa ou de enfrentamento o que repercute de forma direta em sua saúde e qualidade de vida. Ross (2002) descreveu, nestes pacientes, cinco estágios: negação, raiva, negociação, depressão e aceitação.

### **Eixo: a comunicação no cuidado paliativo**

A comunicação é um dos pilares dos cuidados paliativos. Somente por meio dela, de forma afetiva, é que o profissional de saúde poderá ajudar seu paciente e familiares a identificar seus problemas e enfrentá-los, visualizando sua participação nas experiências e alternativas de solução, além de auxiliar a encontrar novos padrões de comportamento (GONÇALVES; TAURINHO, 2012).

Quando essa comunicação não é realizada de forma humanista e acolhedora, ao receber a notícia sobre sua enfermidade a negação costuma ser o primeiro mecanismo emocional utilizado pelo paciente. O fato de o organismo ter desenvolvido uma doença incurável passa a ser tratado como inexistente. Trata-se de uma defesa utilizada pelos clientes, que lhes permite não entrar em contato com a realidade (ROSS, 2002).

Como membro de equipe, o enfermeiro tem o dever de tentar compreender os motivos que têm estimulado a negação da morte pelo paciente para descobrir meios para que ela não se torne

exagerada, acarretando sofrimentos desnecessários. Tal fato ocorre porque ele é um profissional comprometido com a saúde e qualidade de vida da pessoa, família e coletividade, atuando na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, de forma a promover a integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, respeitando a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões (BAIS, 2007).

Usualmente o enfermeiro está presente em maior quantidade e por mais tempo em todos os estabelecimentos de saúde. Logo, este profissional deve possibilitar uma aproximação com esse paciente de forma acolhedora para identificar suas necessidades, dúvidas, angústias e proporcionar uma melhor qualidade de vida aos dias que lhe restam (CARVALHO; PARSONS, 2012).

Enfermeiros convictos de sua escolha profissional costumam sentir-se seguros e conscientes do seu papel no cuidado do indivíduo. Entretanto, em sua trajetória, esses profissionais exercem sua função em diversos setores e de repente se percebem atuando em uma unidade de referência em alta complexidade, como a clínica oncológica, no qual irá se deparar de forma impactante com o processo de terminalidade, a finitude, não apenas de indivíduos experientes, mas de crianças e jovens, cheios de sonhos e com uma imensa vontade de viver, confrontados com um diagnóstico de uma doença grave, de tratamento doloroso e muitas vezes incurável. Neste cenário, o enfermeiro experimentará sentimentos de insegurança, medo, impotência e até desesperança, por não saber o que fazer, diante do sofrimento de um ser humano que estava apenas começando a sua jornada terrena.

Nesse ínterim, o enfermeiro percebe, em face a uma dor e angústia que o consome, que infelizmente não foi preparado para cuidar do outro frente a inexistência de possibilidade terapêutica de cura, que sua formação foi excelente no sentido de tratar a doença e preservar a vida, contemplando a dimensão biológica do ser humano, mas não foi ensinado a lidar com a morte e com o impacto psíquico e emocional que esta provoca.

Guimarães *et al.* (2017, p.56), ao entrevistarem acadêmicos do último período de um curso de graduação em enfermagem, comprovaram o despreparo dos mesmos para lidar com a finitude de crianças sem possibilidades terapêutica de cura, como pode ser observado no relato: "Eu (...), não consigo trabalhar o meu emocional para lidar com a criança. Fico muito sensibilizada com a questão dela (...) eu não me sinto emocionalmente preparada para encarar uma criança em cuidado paliativo (A19)."

Estudo realizado com estudantes de enfermagem e medicina evidenciou que a "maioria dos entrevistados se sentia afetada pelo sofrimento dos pacientes e seus familiares", destacando sentimento de empatia e associação da história do doente com a sua própria história, percebendo

este, com um ente querido. Os profissionais de saúde entrevistados constataam a "deficiência na abordagem dos Cuidados Paliativos, tanto em conteúdo quanto em instigar o acadêmico a procurar mais conhecimento sobre o assunto", de modo que os discentes que não buscam o conhecimento da temática de forma extracurricular concluem a graduação sem está apto a ofertar esse tipo de cuidado aos seus clientes (COSTA *et al.*, 2016).

Tais experiências geram inquietudes, compartilhadas com os colegas de profissão, os quais também relatam o despreparo para a assistência de pacientes com doenças incuráveis, desconhecendo a medicina paliativista, estando assim, inaptos a lidar com a finitude e com a impossibilidade de cura. De acordo com Salamazo-Silva *et al.* (2012, p.67), "existem poucos profissionais que estão preparados para lidar com a própria morte e com a morte de seus pacientes."

É notória a insegurança dos futuros enfermeiros, repercutindo na autopercepção de despreparo para a assistência a menores com doença incurável. Tal despreparo pode estar associado com limitações pessoais ou à falta de contato com o tema no decorrer da graduação", fazendo-se necessário fomentar estudos sobre Cuidados Paliativos (GUIMARÃES *et al.*, 2017).

A partir do instante em que o paciente não pode mais negar, ou o impacto vivenciado foi tão grande que a negação se tornou impossível, ele se sente movido pela raiva e pode demonstrar seu inconformismo por meio de condutas violentas. Mostra-se agressivo e desafiador, atacando tudo e todos. Pode recusar-se a efetuar procedimentos terapêuticos e torna-se um problema para a família e para a equipe de saúde. As questões básicas que o perseguem são do tipo: "por que eu?", "por que agora?" E as brigas consigo mesmo, com Deus e com quem estiver próximo serão resultado da tomada de uma consciência inconformada com a realidade (ROSS, 2002).

Para o enfermeiro que assiste um paciente em tal condição, manter uma adequada interação é difícil, uma vez que ele também sofre as consequências dos sentimentos expressos pelo doente, pois, muitas vezes, são criados grandes vínculos com os pacientes. Contudo, torna-se necessário lembrar que o paciente tem raiva de sua condição enferma e não do profissional, devendo este ajudar o paciente na adaptação às novas condições de vida, procurando responder suas perguntas de forma a socializar interesse e afeto (SANTOS, 2009).

No estágio de negociação, o paciente aceita sua realidade, mas assume uma relação de troca de suas crenças religiosas, em que, a cura ou a melhora do quadro clínico é negociada em troca de mudanças de hábitos e atitudes. Desse modo, o paciente passa a fazer um discurso otimista, de uma pessoa melhor, mais forte, que prega a solidariedade (ROSS, 2002). Momento ideal para o enfermeiro em parceria com psicólogo, *integrar* os aspectos psicológicos, sociais e espirituais, incentivando-o a buscar de acordo com sua fé, um bem-estar como agente amortecedor que o proteja da depressão, do desespero e do desejo de uma morte rápida.



O quarto estágio desenvolvido pelo paciente que vivencia o processo de morrer é o depressivo, Ross (2002) a diferencia da depressão enquanto psicopatológica: trata-se de um sentimento de luto e angústia, no qual o enfermo apresenta-se triste, sofrendo intensamente e evitando o contato com pessoas que não respeitem seu momento podendo desenvolver pensamentos suicidas como forma desesperada de solucionar o problema. Neste estágio, o enfermeiro deve mostrar-se como uma companhia acolhedora, interessado em ouvir o que seu cliente tem a dizer. A possibilidade de ser ouvido e compreendido permite que o indivíduo possa organizar seus pensamentos de forma que as ansiedades se tornem suportáveis e utilizáveis para melhorar sua qualidade de vida e de morte (ROSS, 2002).

Quando o cliente compreende seu processo saúde/doença/morrer surge então o quinto e último estágio, à aceitação. Neste momento não existe mais desespero e o enfermo consegue enxergar a realidade como realmente é, ficando pronto para enfrentar a morte (ROSS, 2002). Neste estágio, iniciam-se os cuidados ativos, requeridos ao paciente nos últimos meses ou semanas de vida, no momento em que se torna claro que o cliente se encontra em estado progressivo de declínio. Todo o esforço é feito para que o mesmo permaneça autônomo, com preservação de seu autocuidado e próximo de seus entes queridos.

## CONSIDERAÇÕES

Tendo por base que a neoplasia maligna, isto é, o câncer, é um problema de saúde pública para o Sistema Único de Saúde, em virtude do alto índice de incidência e prevalência, se posicionando como terceira causa de morte nos países em desenvolvimento. As mortes advindas do câncer são apenas em menor número do que os agravos de origem cardiovascular e as traumatológicas, e segunda causa de mortes nos países desenvolvidos, perdendo apenas para as cardiovasculares, surgindo então a necessidade de um modo específico de cuidar, conhecido como cuidados de fim de vida ou paliativos.

A partir disso, os cuidados paliativos tem como princípios fundamentais, fornecer alívio para dor e outros sintomas estressantes como astenia, anorexia, dispneia *outras emergências* oncológicas, reafirmando a vida e a morte como processos naturais à sua própria realidade biológica do ser humano, acontecendo à medida que a vida é vivida, aos poucos, de modo progressivo e inexorável. Integrando aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado do paciente. Não apressando ou adiando a morte e sim oferecendo um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente, em seu próprio ambiente. Propondo um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até sua morte. Usando uma abordagem

interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto.

A assistência prestada pelo profissional de saúde ao cliente oncológico deve iniciar-se no momento do diagnóstico, de forma holística, encorajadora, afetuosa e comprometida em auxiliar na adaptação às novas condições de vida, visando promover o conforto, alívio da dor e de outros sintomas que causam sofrimento, buscando a melhora da qualidade de vida do paciente, agir e reagir adequadamente frente à situação de morte com o doente e consigo mesmo, enfatizando a morte como um processo natural do ciclo da vida, não buscando a sua antecipação ou o seu adiamento, promovendo o crescimento pessoal do doente, valorizar o sofrimento e suas conquistas, empoderar o outro com seu cuidado e empoderar-se pelo cuidado, lutar para preservar a integralidade física, moral, emocional e espiritual, vincular-se e auxiliar o outro e a si mesmo a encontrar significados nas situações. É direito do paciente uma morte com dignidade.

## REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Rio de Janeiro, 2009.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Ampliado e atualizado. 2ª edição. Org.: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique A. Fonseca. 2012.

ALVES, M. A.; MARTINS, J. C. A. **O Ensino de Cuidados Paliativos nas Faculdades Públicas Federais de Graduação em Enfermagem no Brasil: Uma Análise da Situação Atual Através dos Currículos**, 2016. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos). Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, 2016.

BAIS, D. D. H. **Conselho Federal de Enfermagem**. Resolução COFEN 311 que dispõe sobre o código de ética dos profissionais da enfermagem, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Situação do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis à pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. [s.l: s.n.].

. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº. 3, de 2 de julho de 2007. Dispõe sobre os procedimentos a serem adotados quanto ao conceito de hora-aula, e dá outras providências. Brasília, 2007.

CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. Fonseca. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2 Ed. 2012

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Resolução COFEN nº 564 de 06 de novembro de 2017**. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2017.. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html). Acesso em 21 de julho de 2019

Conselho Federal de Medicina (CFM). **Código de ética médica: Resolução CFM nº 1931**, Publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90 e Retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2009. 2019. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931\\_2009.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931_2009.htm) Acesso em 21 de jul.

Conselho Nacional Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução n.º 3, de 7 de novembro de 2001**. Brasília, 2001.

COSTA A. P. *et al.* Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. **Interface: comunicação, saúde e educação**. Boutucatu, 2016.

DINIZ M. H. **O estado atual do biodireito**. 5<sup>a</sup> ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

European Association for Palliative Care [homepage]. **Carta de Praga**. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/files/CARTA%20DE%20PRAGA%20SOBRE%20CUIDADO%20PALIATIVOS.pdf> Acesso em 20 Jul. 2019.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

GALRIÇA NETO, I. Princípios e filosofia dos Cuidados Paliativos. In: BARBOSA, A.; GALRIÇA NETO, I. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. 2.ed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010.

GOMES A. L. Z; OTHERO M. B. **Cuidados Paliativos**. Estudos Avançados 30 (88), 2016.

GONÇALVES, L. H. T. TAURINHO, F. S. V. Enfermagem no cuidado ao idoso hospitalizado – Baurer, SP: Manole, 2012. – (Série enfermagem)

GUIMARÃES T. M. *et al.*, Cuidado paliativo em oncologia pediátrica na formação do enfermeiro. **Rev Gaúcha Enferm.** mar;38(1):e65409, 2017.

JUNGES, J. R. *et al.* Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: uma discussão sobre a ortotanásia. **Revista Bioética**.v.18, n.2, p.275 – 88, 2010.

KÓVACS, M. J. **Educação para a morte: temas e reflexões**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

KOVÁCS, M. J. **Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional**. O Mundo da Saúde, São Paulo: 2010;34(4):420-429.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A.. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2007.

LIMA, C. A. S. Ortotanásia, cuidados paliativos e direitos humanos. **Rev Soc Bras Clin Med**. 2015.

LIMA, M. J. V.; ANDRADE, N. M. A atuação do profissional de saúde residente em contato com a morte e o morrer. **Saúde Soc. São Paulo**, v.26, n.4, p.958-972, 2017.

LIMA, M.G. R.L., *et al.* Reflexos da formação acadêmica na percepção do morrer e da morte por enfermeiros. **Revista Eletretônica de Enfermagem**, v.14, n.1, p.181-188, 2012.

OLIVEIRA, J. R.; FERREIRA, A. C.; REZENDE, N. A. Ensino de Bioética e Cuidados Paliativos nas Escolas Médicas do Brasil. **Revista brasileira de educação médica**, v.37 n. 2 p.285-290; 2013.

REGO, S.; PALÁCIOS, M. A finitude humana e a saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.8, p.1755-60, 2006.

ROSS, E. K.R. **Sobre a morte e o morrer, o que os doentes terminais têm a ensinar à medicina**. 10. Ed. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2002.

SALAMAZO-SILVA, H. *et al.* As Representações da Morte e do Luto no Ciclo de Vida. **Revista Temática Kairós Gerontologia**,15(4), pp. 185-206, 2012. “Finitude/Morte e Velhice”. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP.

SANTOS, S. **Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer** / organizador Franklin Santana Santos – São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

SILVA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2016: **incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015.

THULER, L. C. S. (org.). **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Educação. 2. Ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Inca, 2012.

World Health Organization. **Cancer Control - Knowledge into Action - WHO Guide for Effective Programmes, Module 5**. 2007. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44024/9241547345\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44024/9241547345_eng.pdf). Acesso em 20 de jan. 2019.

## **CAPÍTULO 6**

### **CUIDADOS PALIATIVOS: PERCEPÇÃO DO PACIENTE ONCOLÓGICO FRENTE À TERMINALIDADE**

*Carla Patrícia Ramos Nunes*

*Euzamar de Araujo Silva Santana*

*Ruhena Kelber Abrão*

#### **INTRODUÇÃO**

Com a evolução tecnológica em saúde, houve o aumento da taxa de sobrevivência e a transformação da atenção ao paciente fora das possibilidades de cura (FPT), de forma cada vez mais impessoal, com o sujeito cercado de pessoas estranhas, monitorado por aparelhos eletrônicos e submetido a procedimentos invasivos, processo denominado “medicalização da morte”. Este processo torna o portador da doença terminal refém de dor e sofrimento (GUEDES, 2007; KRAUSE, 2012).

Em grande parte das unidades hospitalares a dor e o sofrimento fazem parte da rotina diária dos pacientes FPTs. Além disso, muitos destes doentes enfrentam situações apavorantes em meio à angústia e ao desespero, tornando-os frágeis e desestabilizados emocionalmente, necessitando assim do amparo, atenção e conforto de outras pessoas. (MARTINS, 2010).

Dentre as patologias que levam o paciente à terminalidade, o câncer é responsável por uma grande parcela de morbimortalidade. Segundo a Organização Mundial de Saúde o câncer é um problema de saúde pública, especialmente entre os países em desenvolvimento, no qual é esperado que nas próximas décadas, o impacto do câncer na população corresponda a 80% dos mais de 20 milhões de casos novos estimados para 2025 (OMS, 2014).

Em nível mundial, estima-se que no ano de 2030, haverá 27 milhões de casos de câncer, sendo a causa de 17 milhões de mortes em todo o mundo. Esta doença acomete principalmente as pessoas de países em desenvolvimento. Assim, a estimativa de novos casos de câncer no Brasil, no biênio de 2016 e 2017, é de 600 mil pessoas (INCA, 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), Cuidados Paliativos (CP) consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, esse cuidado paliativo não afastará a morte, afinal ela é um processo natural da vida, porém faz-se necessário o tratamento paliativo para adiar esse processo, fazendo com que as pessoas vivam mais e melhor. Em um sentido ampliado, os CP caracterizam-se pelo

conjunto de atos profissionais com objetivo de controle dos sintomas do corpo, da mente, do espírito e do social que afligem o homem quando a morte se aproxima (OMS, 2002; KRUSE, 2007).

A relevância social de uma assistência humanizada ao indivíduo FTP, visando o CP deve ser fundamentada na abordagem humanística e no relacionamento interpessoal, para enfrentamento das adversidades oriundas da doença e da hospitalização, sem contar que a equipe deve ficar atenta e serem cuidadosa quanto os aspectos emocionais dos familiares e os diferentes ciclos da doença terminal (MARANHÃO, 2011).

O sofrimento é sinônimo de angústia, dor e sofrimento emocional e espiritual. Neste cenário surge a figura do enfermeiro tendo como foco primordial a diminuição deste sofrimento. O objetivo ético é indispensável para a redução e alívio do sofrimento emocional, físico e/ou espiritual tanto dos pacientes quanto de seus familiares. Vale lembrar que aliviar o sofrimento não significa a cura. No entanto, toda a equipe precisa entender que o ato de cuidar é importantíssimo e indispensável na vida daqueles que sofrem (SÁ, 2010).

A enfermagem possui diversas atribuições e uma desta é a ponderação e compreensão do sofrimento dos pacientes. Faz-se necessário a assimilação daqueles que estão a sofrer mesmo não sendo fácil esta tarefa, mesmo sendo de grande complexidade cuidar de um doente terminal, mas é importante que ela aconteça porque na grande maioria o enfermeiro é o outro para o doente, é o ombro amigo, a mão afável, aquele que têm a compaixão, paciência e compreensão (MARTINS, 2010).

Krause (2012) ressalta que a morte é um processo natural e inerente a vida, porém faz-se necessário evidenciar que as intervenções de enfermagem podem até não curar, porém aliviam o sofrimento dos doentes oncológicos em estado terminal. Grande são as barreiras enfrentadas para que o cuidado paliativo possa de fato crescer e acontecer em nosso país para que tenhamos uma boa qualidade de vida e morte. Um exemplo bem nítido desses empecilhos e a educação continuada dos profissionais da saúde quanto aos cuidados paliativos que ainda é precária, e as políticas públicas do nosso país precisam avarar.

O consolo no sofrimento demanda, para a enfermagem, compaixão e sensibilidade para com a clientela. A bibliografia evidencia que diminuir o sofrimento dos doentes terminais é para a equipe de enfermagem, mais que um comprometimento ético e um comprometimento moral, mesmo sendo esse sentimento inerente à condição humana (MARTINS, 2010).

Adams (1998) ressalta que fármacos aliviam dores, mas só o amor alivia o sofrimento, mediante essa afirmação minha contribuição é demonstrar por meio desta pesquisa que podemos como profissionais da saúde melhorar a qualidade de vida dos pacientes com câncer terminal, através

da humanização, do tratamento paliativo e da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).

A proposta desta pesquisa está voltada para o tratamento paliativo e humanizado em pacientes com câncer em estado terminal em uma instituição que oferta junto ao Sistema Único de Saúde (SUS) o serviço oncológico na cidade de Imperatriz/MA. No serviço de oncologia, o profissional de enfermagem além de dispor de conhecimentos técnicos e científicos demanda também de cordialidade para com a clientela e seus familiares, proporcionando desta forma qualidade de vida e garantindo à promoção de saúde (SILVA, 2013).

Para compreensão do paciente oncológico frente ao processo da terminalidade, este estudo teve como questão norteadora: Qual a importância do processo de humanização no tratamento paliativo, bem como também a inserção das Terapias Complementares. Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo analisar a percepção do paciente oncológico fora das possibilidades terapêuticas de cura frente à terminalidade de uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) de um município do sudoeste do Maranhão.

Além de avaliar o grau de conhecimento do paciente em relação à doença terminal, descrever a importância da humanização e do tratamento paliativo em clientes oncológicos terminais, discutir sobre a contribuição da enfermagem no cuidar de pacientes oncológicos terminais e identificar a partir do relato do paciente se a equipe de enfermagem faz utilização das terapias complementares no tratamento paliativo.

## **CÂNCER E A TERMINALIDADE**

No Brasil, o câncer (CA) é a terceira causa de morte e já tornou-se um caso de saúde pública. Para a população em geral o CA é sinônimo de dor, sofrimento, medo, angústia e morte. Para o sistema capitalista, representa investimentos no tratamento e fonte de riqueza. O fato é que o câncer não é uma doença que escolhe idade, cor, raça ou classe social, e cada indivíduo reage a doença e ao seu tratamento de forma singular (SILVA, 2008 p. 15).

Conforme Brasil (2011, p.17) o câncer não é uma doença atual, é o nome atribuído a uma gama de mais de 100 tipos de doença que tem como características o crescimento desordenado de células e a tendência de invadir tecidos circunvizinhos. Foi detectado inclusive em múmias do Egito antigo, e descrito por Hipócrates (o pai da medicina) séculos antes de Cristo.

Para Santos, Lattaro e Almeida (2011, p.72) o câncer além de ser uma doença crônica e progressiva causa também diversos transtornos para o paciente e seus familiares como: dor física, emocional e espiritual. Ocasionalmente pela multiplicação desenfreada de células defeituosas, o câncer

atinge células, órgãos e sistemas, pode levar o indivíduo à morte, provoca sentimentos de angústia e medo, sem contar a insegurança e não aceitação.

As emoções vividas por cada indivíduo com determinadas patologias crônicas são múltiplas, dentre elas destacam-se a depressão, incertezas, baixa autoestima, consternação, amargura, desgosto, a não aceitação e negação. Diante desta afirmativa e sabendo que o doente tem suas vivências de forma singular o processo de adoecimento e os mecanismos, tanto de defesa quanto de adaptação dependerão da participação efetiva da família (CASTRO, 2007, p.4).

A diagnose de CA acarreta enorme impacto emocional a clientela e seus familiares, especialmente quando esta evolui para um estágio de terminalidade. É importante salientar que, quando o sujeito atinge esse estágio, o cuidado deve ser maximizado a fim de promover conforto e preservação da dignidade deste indivíduo, uma vez que incômodos físicos, espirituais e psicossociais experienciado juntamente a outros enfrentamentos e a luta no avançar da doença reduz a qualidade de vida (FREIRE *et al.*, 2014, p.358).

Gutierrez (2001) afirma que quando as possibilidades se exaurem de restaurar a saúde do paciente a probabilidade de morte torna-se irremediável, a caminhada parece chegar ao fim, sem que haja a esperança de reverter essa jornada. Pensando nesse pressuposto Susaki, Silva e Possari (2006) enfatizam as cinco fases do luto: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação, descritas por Elizabeth Kübler-Ross, a primeira a narrar sobre as reações emocionais dos pacientes em fase terminais.

Outro fator que merece destaque na doença terminal oncológica é a dor, um dos sentimentos mais temidos em relação ao sofrimento, de caráter subjetivo. Sendo assim, o enfermeiro necessita de uma abordagem humanística, compreensão e empatia para entender o paciente com dor. Dessa maneira o profissional de saúde precisa estar atento às queixas do paciente, deve-se também buscar alternativas que visam reduzir a dor, diminuir o sofrimento, afiançando o direito do enfermo a viver com decência (ELER; JAQUES, 2006).

A patologia terminal se caracteriza por determinadas situações clínicas, dentre elas está a “doença em fase avançada progressiva e incurável”. À medida que a doença progride aumenta a necessidade do cuidado paliativo, estes passam a ser exclusivos até o final da vida (MÜLLER; SCORTEGAGNA; MOUSSALLE, 2011, p. 208).

O sofrimento faz parte da natureza humana e atinge indivíduos em seus aspectos espiritual e biopsicossocial. Costumeiramente é intensificado quando um ser está vivenciando uma doença que ameaça a vida. O sofrer está ligado à dor, e esta é percebida como um experimento subjetivo e multidimensional, podendo portanto ser percebido por meio de sinais fisiológicos e/ou emocionais. Desta forma, a enfermagem é a profissão que permanece durante mais tempo junto ao paciente;



assim tem a incumbência no tratar da dor, possibilitando atenuação do sofrimento e um progresso na qualidade de vida (FERNANDES; EVANGELISTA; PLATEL *et al*, 2013).

Silva e Hortale (2006) declaram que de todas as doenças degenerativas, o câncer é uma das que acarretam mais transtornos tanto ao paciente quanto aos familiares. Esses transtornos estão relacionados ao padecimento de forma geral como é o caso da dor crônica e aguda, depressão, estresse, anorexia, dentre outros. Entender as dimensões no cuidado do doente paliativo faz-se necessário a fim de se estabelecer um plano de cuidado.

### **Cuidado Paliativo na doença oncológica terminal**

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), cuidados paliativos são na realidade, um aglomerado de assistência prestada em conjunto por uma equipe multiprofissional, o qual consiste em melhorar a qualidade de vida tanto do paciente quanto também de seus familiares, por meio da vigilância em saúde e abordagens holísticas.

Taveira (2011) aborda que o doente em fase terminal é uma expressão aplicada aos indivíduos que possuem alguma doença crônica, incurável, irreversível, nos quais os sintomas só tendem a piorar, deixando-os mais próximos da morte. Nos cuidados paliativos a terapêutica deve ser sempre negociada com o paciente, os interesses e vontade deste deverão ser respeitados e levados em consideração.

Santos, Lattaro e Almeida (2011) afirmam que o fim da vida acontece quando se exaurem todas as possibilidades de cura, a partir disso a morte passa ser uma sentença inevitável, é justamente nesse momento difícil que percebemos a importância do cuidado humanizado ao paciente e aos seus familiares e de quão fundamental a importância de reduzir o sofrimento dessa clientela oferecendo cuidados paliativos. Vale ressaltar que os cuidados paliativos não prolongam nem abreviam a morte, eles simplesmente aliviam a dor e o sofrimento garantindo uma melhor qualidade de vida, até que aconteça de forma tranquila a morte, até porque ela é um processo natural, característica dos seres vivos.

Oliveira (2008) ressalta que com o avançar da doença terminal o tratamento convencional perde toda sua credibilidade enquanto que o tratamento paliativo tende a crescer tornando-se indispensável nessa etapa, percebemos então que a incurabilidade se torna um fato e as manifestações clínicas são fontes de desconfortos. Desta forma o doente necessita de ações capazes de promover qualidade de vida e bem estar enquanto houver fôlego, enquanto houver vida. Ações estas que não podem ser negadas ao cliente.

O objetivo primordial que atravessa a medicina paliativa no cuidar de doente terminal é diminuir a dor e o sofrimento provocado pela doença, permitindo o sujeito a morrer com dignidade. É impressionante como o doente terminal e seus familiares passam por mudanças significativas; o enfermo passará por mudanças físicas, emocionais e espirituais, já os familiares terão que enfrentar o cansaço, o esgotamento, angústia e medo, principalmente medo de perder o ente querido. (TAVEIRA, 2011, p. 30).

O câncer é uma patologia que acarreta esgotamento, estresse, deterioração e degeneração do paciente, de maneira que com o decorrer do tempo não conseguirá mais desempenhar suas funções básicas. De acordo com toda essa abordagem os profissionais da saúde necessitam da família do paciente como aliada no cuidado paliativo. A família tem um papel importantíssimo no tratamento, ela é o eixo central na formação da crença e nos valores singular de cada indivíduo, sem contar que a mesma sofre quando um ente querido adoece. Partindo deste princípio de que um familiar padece quando sabe que aquela doença não tem cura, de que a morte de um parente se aproxima percebe-se que o dia a dia tanto do paciente quanto dos seus familiares se tornam alterados pelas necessidades específicas e pela dependência do doente (INOCENTI; RODRIGUES; MIASSO 2009).

Cuidado Paliativo promove um progresso na qualidade de vida do paciente e seus familiares auxiliando-os a enfrentar os problemas relacionados à doença, acautelando-os e reduzindo o sofrimento através do reconhecimento prematuro, do tratamento da dor e alheios a problemas psicossociais (KRAUSE, 2012, p.22). É óbvio a importância do tratamento paliativo focados ao paciente terminal, é notório que estes cuidados propiciam uma diferenciação no tratamento com foco voltado para o cuidado humanizado, haja vista que seu objetivo é trazer alívio para as necessidades biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais do paciente e seus familiares (FERNANDES; EVANGELISTA; PLATEL *et al*, 2013).

### **A humanização no tratamento paliativo**

Com a globalização e industrialização do mundo contemporâneo, percebe-se o uso de máquinas cada vez mais modernas no ambiente hospitalar, pois possuem alta tecnologia e cuidados avançados. Porém quando nos referimos a saúde não podemos substituir o trabalho humano pelo mecânico.

Quando falamos em humanização, logo vem à mente um processo de facilitação em que a pessoa vulnerabilizada encara de forma positiva desafios oriundos de situações adversas a realidade de vida do indivíduo. Então faz-se necessário olhar para si e para o outro na tentativa de que o

cuidado aconteça de forma eficaz, com o intuito de gerar empatia nas ações norteadoras para o cuidar (CARVALHO; PINHO; MATSUDA *et al*, 2005).

A pessoa deixa de ser humano se não receber cuidado desde o momento em que nascer até a morte; deteriora-se, atrofia e morre. Cuidar significa um acontecimento existencial vital para a raça humana, assim a humanização e o cuidado são inseparáveis e têm a mesma definição de humanidade, na qual engloba-se a generosidade, piedade e bondade.

A humanidade é evidenciada pelo ato de cuidar; tornando-nos diferentes da solitude animal por intermédio da capacidade de nos colocarmos no lugar do outro. Cuidar está relacionado ao amor, compaixão e cura, então dizemos que a cura não se dá exclusivamente pela abordagem medicalocêntrica, mas particularmente pelo sentimento de amor e amizade categóricos no cuidado. O mais interessante é que mesmo sabendo que o cuidar é intrínseco do ser humano, porque surge o neologismo “humanização”? A resposta é óbvia, e surgiu para suavizar o processo de desumanização em consequência ao corrompimento das pessoas e do sistema (CORBANI; BRÊTAS; MATHEUS, 2009).

Para Boemer (2009) o que determina se o paciente terminal será mais fragilizado ou fortalecido dependerá da assistência humanizada que este receberá. A humanização no cuidar de pacientes fora das possibilidades terapêuticas, ou seja, pacientes terminais devem acontecer desde o momento em que este indivíduo adentra as unidades hospitalares. O paciente terminal está vivo, porém tem carências que se os profissionais da saúde estiverem dispostos a desvendarem e atenderem-na, proporcionarão alento durante sua existência. (SUSAKI; SILVA; POSSARI, 2006)

Faz-se necessário vincular o cuidado paliativo a uma asserção humanização não como uma ação obrigatória, mas sim com algo benevolente, um ato de respeito. A concepção de humanização é mais abundante quando está relacionada ao paciente terminal, desta forma deve ser discutida e executada por profissionais da saúde em toda sua magnitude; conforme o dicionário Houaiss, humanização é: “ato e humanizar; dar condição humana a; tornar benévolo, afável, tratável; tornar-se humano” (SANTANA; CAMPOS; REZENDE. *et al*, 2009, p. 79).

O art. 196 da Constituição Federal Brasileira garante que “A saúde é um direito de todos e dever do estado,” não tem como falar de humanização sem antes abordarmos os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, quando este sistema fora criado foi necessário estabelecer três pressupostos: universalidade, equidade e integralidade. Partindo dessas primícias a humanização surgiu como um modelo de reforma tanto na atenção como na gestão, nos serviços e sistemas de saúde de modo que houvesse uma nova relação, uma união, um vínculo entre trabalhadores e usuários (PEREIRA; BARROS, 2009).

Cada ser humano nasce livre e igual em direitos e dignidade, dessa forma é obrigação do profissional da saúde acatar todo ciclo de vida do sujeito. Para tal, não adianta apenas reiterar a vida, mas também afrontar a morte como um curso natural buscando o conforto e auxiliando-o a viver extraordinariamente até o fim se possível. O enfermo necessita ser enxergado como indivíduo, como ser humano, para isso é necessário que nós coloquemos no lugar do outro, que se medite na humanização, tendo em vista sempre o melhor para o doente terminal (SANTANA; CAMPOS; BARBOSA *et al* 2009, p.80).

A ética apesar de ser subjetiva intrínseca de cada indivíduo ela é de grande necessidade no processo de humanização. Partindo deste pressuposto Martin *apud* Carvalho e Pinho *et al* (2005, p.6) criou quatro princípios: “a autonomia, a beneficência, a não-maleficência e a justiça”. E esses valores somados à ética contribuem para que a humanização hospitalar aconteça garantindo a alforria da dignidade humana, dentro do contexto hospitalar.

### **Como cuidar quando não se pode curar**

Os seres humanos sentem-se ameaçados pela ciência de que nascemos, crescemos, nos desenvolvemos e obrigatoriamente um dia morreremos. Diante deste pressuposto, o cuidar do sofrimento e da dor são o alicerce na busca pela dignidade frente a enfermidade (PORTO; LUSTOSA, 2010, p.77 e 78).

Para Sá (2010, p.55), o sofrimento é sinônimo de angústia, dor e sofrimento emocional e espiritual. A diminuição desse sofrimento deve ter como foco principal a assistência do cuidar pleno para toda a equipe de enfermagem, desta forma torna o objetivo ético e indispensável para a redução e alívio do sofrimento emocional, físico e/ou espiritual tanto da clientela quanto de seus familiares. Vale lembrar que aliviar o sofrimento não significa a cura, no entanto toda a equipe precisa entender que o ato de cuidar é importantíssimo e indispensável na vida daqueles que sofrem.

A enfermagem tem um lindo e valoroso papel face à recuperação dos pacientes, apreciando sentimentos e cooperando para o progresso da autoestima dos mesmos. Por meio do universo do cuidar, sobressaem as terapias complementares, haja vista que a enfermagem é pioneira neste campo de atuação e junto com as práticas integrativas garantem assistência integralizada, reduz a dor e proporciona qualidade de vida para os indivíduos no ambiente hospitalar e domiciliar (ELER; JAQUES, 2006).

No que diz respeito ao cuidar principalmente em pacientes que já estão em estágio avançado da doença e sem perspectiva alguma de cura a vigilância e o cuidado deverão está voltados às limitações e necessidades, uma vez que a morte é iminente, o tempo que ainda lhe resta de vida é

pouco, restrito há meses, semanas, dias ou horas. Diante destas circunstâncias, as adoções de práticas necessárias que estejam pautadas no bem estar biológico, psicológico, social e espiritual tendem a minimizar a agonia durante a finitude do doente. Desta forma, o cuidado paliativo requer de toda a equipe um olhar cauteloso, nobre e atento (FERNANDES; EVANGELISTA; PLATEL *et al*,2013).

Eler e Jaques (2006, p. 186) asseguram que as Terapias Complementares são uma especialidade da Enfermagem, estabelecida na Resolução nº 197/97 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), contanto que haja aprovação e conclusão em curso reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC), com carga horária de no mínimo 360 horas.

O homem, enquanto sujeito, está vinculado a grupos, classe social, credo e grupo religioso. A partir dessa essência muitos buscam curas espirituais como fonte alternativa de cura para a doença terminal. O tratamento espiritual possibilita benefícios e sua eficácia foi comprovada em alguns casos. Nesse sentido, quando se crer em algo, potencializa o tratamento medicamentoso, aumenta a chance de recuperação e prolonga a expectativa de vida (AURELIANO, 2013).

Prestar cuidados ao paciente no fim da vida, não é uma tarefa nada fácil, além de ser extremamente desgastante, tanto de forma física quanto psicológica. Exige que o profissional tenha maturidade e estabilidade emocional, caso contrário, este profissional também adoce, pois é uma jornada árdua. O doente acaba percebendo esse determinante, e procuram profissionais que possam lhe atribuir carinho e apoio nesse momento tão difícil. Os pacientes preferem trabalhadores que lhes assegurem respeito e dê atenção às suas necessidades oriundas da patologia. Percebe-se aí que é de praxes a criação de vínculos afetivos por parte do servidor, pois faz parte da característica humana o envolver-se com os outros, quando este se encontra em situação de risco (MÜLLER; SCORTEGAGNA; MOUSSALLE, 2011, p. 208, 209 e 210).

Para Susaki, Silva e Possari (2006, p.145) é de extrema relevância o quadro emocional dos profissionais da saúde, pois estes designam mecanismos de defesas que colaboram no enfrentamento do processo morte e morte. No seu dia-a-dia, sentimentos de impotência, frustração, tristeza, perda e culpa, levam o profissional a se afastar da situação, trazendo desespero e estresse. A equipe de enfermagem deve elaborar uma comunicação estreita, deve se conhecer o paciente terminal como se conhece um melhor amigo, logo que no estágio final da vida a comunicação ficará cada vez mais difícil de compreender, por isso o enfermeiro deve obter habilidades para decodificar a informação, reduzindo a aflição daquele que está a morrer, proporcionando qualidade de vida até no morrer.

## **A utilização das práticas complementares como alternativa no tratamento paliativo**

Sob o ponto de vista holístico, ao proporcionar assistência à saúde, o profissional visa harmonizar e equilibrar entre si todas as dimensões do ser humano, atuando não só no corpo físico, mas também nas energias mais sutis que formam seu corpo. Com isso cresce a necessidade da busca por outros modelos de tratamento com enfoque na qualidade da assistência ao indivíduo e as práticas integrativas e complementares se enquadram na atenção humanizada ao paciente (RODRIGUES; PEREIRA, 2011, p.13).

As Práticas Integrativas e Complementares fazem parte da Políticas Nacional junto ao SUS e foi criado em 2006 e dentro dessas práticas envolvem a Medicina Tradicional Chinesa, a Medicina Antroposófica, a Fitoterapia, Musicoterapia, massoterapia, dentre outros (BRASIL, 2011). Essa prática tem sido exercida de forma alternativa à medicina tradicional. Em destaque temos a utilização de plantas medicinais, quase todos os países em desenvolvimento fazem uso desta fonte como tratamento (ALFANO, 2013, p.27 e 29).

O emprego da fitoterapia é tão antigo quanto à civilização humana, e o termo fitoterapia é empregado a medicamentos cujo princípio ativo tem em sua base o constituinte de plantas ou outros derivados vegetais, é culturalmente empregado e difundido nas culturas Tibetanas, Chinesa e Indiana (RODRIGUES; AMARAL, 2012, p. 14).

Silva, Nascimento, Fava *et al* (2008, p.383) destacam que a música além de fazer parte do meio ambiente, faz parte também da raça humana. Seus constituintes primordiais se assemelham como na composição do organismo humano em destaque o pulsar do coração, a entonação vocálica e o sincronismo durante a marcha. A música configura um papel importantíssimo no aproveitamento clínico, fato comprovado pelas extensas bibliografias sobre a inserção da música como terapia durante o exercício de Enfermagem para o domínio da dor (CAMINHA; SILVA, 2008, p.924).

Silva, Nascimento, Fava *et al* (2008 p.383) revelam que as ondas sonoras são capturadas pelo pavilhão auricular e no tímpano recebem vibrações para atingirem o ouvido médio, estas ondas são transformadas em impulsos nervosos. Estes viajam até o cérebro através do nervo vestibulo-coclear que compreendem essas vibrações como som. Por meio destas vibrações, o cérebro cria uma massagem sônica ao sistema psicobioenergético, de acordo com as peculiaridades harmônicas da sonância.

A musicoterapia proporciona efeitos benéficos por ser considerada uma atividade de lazer. A música consegue desviar a atenção do paciente que outrora estava focado apenas na dor e no sofrimento em algo prazeroso. Tal fato ocorre porque as ondas sonoras da melodia entram em

harmonia com as ondas cerebrais resultando no equilíbrio dos hemisférios provocando resposta fisiológica (VICENTE, 2011, p. 10).

Outro fator necessário na contribuição do bem estar biopsicossocial do paciente oncológico é a aplicação da massagem terapêutica, praticada desde os primórdios e utilizada principalmente pelos chineses e japoneses por promover o relaxamento, a tranquilidade, o alívio da tensão muscular e a melhora da circulação sanguínea (LOPES, 2009 p.3).

Para Lima, Ceolin e Pinto (2015 p. 40) as terapias complementares têm a capacidade de proporcionar autocontrole e conforto psicológico principalmente quando se esgotam as possibilidades medicamentosas da medicina tradicional, pois o paciente quando diagnosticado terminal enfrenta um turbilhão de sentimentos e vivências negativas. A partir disso, a importância da utilização das práticas terapêuticas não farmacológicas, de abordagens que estimulem a recuperação da saúde com destaque na criação do vínculo terapêutico, na percepção acolhedora e na inserção do indivíduo com a sociedade e com o meio ambiente. Estas terapias surgem como alento para a alma, desta forma, reduz a dor, o estresse, o desânimo e promove qualidade de vida.

É fundamental destacar que as práticas complementares podem e devem ser usadas pelo enfermeiro, desde que, o mesmo possua especialização e/ou qualificação além do respaldo legal dos órgãos competentes como o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e do Conselho Regional de Enfermagem (COREN). O enfermeiro pode ensinar técnicas não farmacológicas de forma simples e de fácil compreensão aos pacientes. Este ensino deve ocorrer de forma eficaz, caso contrário o paciente perderá a credibilidade no profissional de saúde e irá aderir apenas ao tratamento farmacológico convencional (ELER; JAQUES, 2006, p.186).

## **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **Tipo e caracterização do estudo**

Trata-se de um estudo de campo, do tipo descritivo e transversal, caracterizado por abordagem qualitativa, realizado na Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) do Município de Imperatriz/MA. Os dados foram coletados no mês de novembro de 2017. Este estudo teve como questão norteadora: **Qual a percepção do paciente oncológico fora das possibilidades terapêuticas de cura frente à terminalidade?**

De acordo com Diniz e Alves (2016, p.20) esse tipo de pesquisa tem como fundamento proporcionar contubérnio com a temática pesquisada. A abordagem qualitativa abre mão do modelo positivista e o pesquisador não poderá fazer julgamentos, e de forma alguma consentir que suas crenças, ideologias e preconceitos contaminem a pesquisa. (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

O local do estudo foi um ambulatório de um hospital privado, com convênio com o SUS para atendimento de oncologia. Esta unidade presta atendimento ambulatorial com a oferta do serviço de quimioterapia (adulto e pediátrico) e cirurgia oncológica, tendo o suporte para intercorrências clínicas e cirúrgicas. A equipe multiprofissional que oferece assistência à população é formada por 11 especialistas em oncologia.

Inicialmente foram realizadas reuniões com a direção do hospital, para explicar os objetivos do projeto, onde se obteve a autorização para o estudo. O serviço de psicologia e enfermagem da instituição ajudou no momento do recrutamento de pessoas para a realização da pesquisa.

Os pacientes foram selecionados por amostra do tipo não probabilística e por conveniência. Este tipo de amostra se exclui de qualquer rigor estatístico, no qual o pesquisador auto-seleciona os elementos a que tem acesso, estimando que estes possam representar um universo, além de usar a população acessível (MAROTTI et al., 2008). Assim, foram convidados 15 pacientes oncológicos em tratamento paliativo. No entanto, 5 não se enquadraram ou tiveram algum impedimento para a coleta de dados. Dessa forma, a amostra final foi composta por 10 pacientes.

Foram incluídos na amostra indivíduos maiores de idade (18 anos), diagnóstico clínico de câncer em fase terminal, responder cognitivamente às questões, responder toda a entrevista. Como critério de exclusão foi estabelecido os pacientes que responderam parcialmente os questionamentos ou tiveram respostas influenciadas por terceiros.

Estes indivíduos foram abordados nas enfermarias do setor oncológico do hospital, quando se explicava os objetivos do estudo e verificava-se o interesse dos mesmos em participar por meio de solicitação formal com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

Para coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado contendo variáveis envolvendo o perfil socioeconômico, enfrentamentos frente à terminalidade e terapias complementares, bem como o histórico do paciente e familiar, desde o diagnóstico até o tratamento. Além disso, foi levantado o apoio da equipe de enfermagem.

Após a coleta de dados, as entrevistas foram transcritas na íntegra e os entrevistados foram identificados com nome de flores para garantir a sua privacidade. Para análise dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo proposto por Bardin (2009) no qual após categorização emergiram quatro categorias: câncer (conhecimento da doença, terminalidade e genética), humanização no cuidado, espiritualidade, enfrentamento do processo de morte e morte.



## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Caracterização socioeconômica e clínica dos investigados

Foram entrevistados dez pacientes FPT em tratamento ambulatorial ou internação hospitalar, a partir dos resultados obtidos percebeu-se que a maior parcela é do sexo feminino, com idade entre 28 e a 40 anos, com ensino fundamental incompleto, conforme o quadro 1.

Em estudo sobre o perfil sociodemográfico de pacientes com câncer também mostrou a maior parte dos pacientes era do sexo feminino e com até o Ensino Fundamental completo (SOUZA et al., 2012). Estima-se que as mulheres serão mais afetadas do que os homens no biênio de 2017 - 2018 (INCA, 2016). Sobre a escolaridade, Pedregosa et al., (2010) afirmam que a baixa escolaridade também favorece a ocupação profissional e a prestação de serviços com menor remuneração, favorecendo a baixa renda dos indivíduos.

**Quadro 01 – Caracterização socioeconômica dos investigados, Imperatriz-MA, 2017**

VARIÁVEL	Nº	%
<b>FAIXA ETÁRIA</b>		
28 a 40 anos	3	30,0
41 a 60 anos	4	40,0
> 61 anos	3	30,0
<b>SEXO</b>		
Masculino	3	30,0
Feminino	7	70,0
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Casado (a)	8	80,0
Solteiro (a)	1	10,0
Viúvo (a)	1	10,0
Separado (a)	-	-
<b>RENDA MENSAL</b>		
Menos de 1 salário	2	20,0
1 a 3 salários	8	80,0
<b>ESCOLARIDADE</b>		
Ensino Fund.	7	70,0
Incompleto		
Ensino Médio Completo	3	30,0
<b>MORADIA</b>		
Própria	6	60,0
Alugada	4	40,0
<b>LOCAL DA RESIDÊNCIA</b>		
Urbana	8	80,0
Rural	1	10,0
Indígena	1	10,0

Fonte: o autores

Sobre a situação conjugal, a maioria dos sujeitos é casada, com renda mensal de 1 a 3 salários. Quanto à moradia, a maior parcela possui casa própria sendo localizada na zona urbana do município.

A queda do poder aquisitivo influencia diretamente na saúde e bem estar da pessoa em tratamento, devido ao maior gasto com medicamentos, transporte e outras necessidades associada a licenças médicas e aposentadoria (GOMES, 2007). É importante que o profissional enfermeiro investigue os aspectos socioeconômicos dos pacientes e faça encaminhamentos para serviços sociais, com a finalidade promover sua qualidade de vida relacionada à saúde (SOUSA, 2011).

Outro aspecto investigado foi o tipo de câncer e a forma de tratamento que os pacientes possuem, percebeu-se que a maioria dos investigados relatou ter diagnóstico de câncer de colo uterino, sendo a forma de tratamento combinada (cirurgia, quimioterapia e braquiterapia). O quadro 2 demonstra a distribuição dos casos de acordo com o codinome dos investigados, quanto aos ao tipo de câncer e a forma de tratamento.

Estes achados corroboram com as estimativas mundiais em relação à caracterização epidemiologia do câncer para países em desenvolvimento, onde os três cânceres mais frequentes em mulheres são os de mama, colo do útero e pulmão e nos homens próstata, intestino e estômago (SIEGEL et al., 2011).

**Quadro 02** – Correlação dos investigados com o tipo de câncer e formas de tratamento dos, Imperatriz-MA, 2017

Codinome	Tipo de doença	Tratamento
Jasmim	Linfoma não hodgkin	Quimioterapia e radioterapia
Rosa	Osteosarcoma	Quimioterapia e radioterapia
Lírio	Não informou	Cirurgia e quimioterapia
Margarida	Câncer no reto	Cirurgia e quimioterapia
Alecrim	Câncer de língua	Cirurgia e quimioterapia
Erva-doce	Câncer no colo do útero	Cirurgia, quimioterapia e braquiterapia
Alfazema	Não informou	Quimioterapia
Tulipa	Câncer no colo do útero	Cirurgia, quimioterapia e braquiterapia
Girassol	Câncer de próstata	Cirurgia e hormonioterapia

**Fonte:** pesquisa de campo

Com relação ao câncer do colo de útero, as mulheres procuram atendimento médico somente após o aparecimento de sintomas tardios, sendo que poderia ser descoberto pelo exame preventivo (SILVA et al, 2012). Em estudo realizado com pacientes oncológicos evidenciou que a quimioterapia foi o principal tipo de tratamento, seguido da cirurgia, da quimioterapia com a cirurgia e da quimioterapia associada com a cirurgia e com a radioterapia (RODRIGUES e FERREIRA, 2010).

Segundo estes autores, o tratamento eficaz para combate ao câncer baseia-se no estadiamento, visando o tumor primário, possíveis metástases, diminuição de sintomas e melhora da qualidade de vida e sobrevida do doente.

### **Conhecimento sobre a doença terminal**

Sobre o diagnóstico clínico dos investigados, percebeu-se que os sujeitos sabem qual a patologia possuem e o seu tipo. No entanto, por solicitação da direção do hospital, os pesquisadores não poderiam falar o nome da doença (câncer) ou outras informações, sendo uma limitação para a investigação sobre este questionamento. Em estudo com mulheres portadoras de câncer de mama, evidenciou-se que a maioria delas sabe o conceito básico da quimioterapia (GONÇALVES et al., 2009).

Quanto ao grau de conhecimento Brito Sousa et al., (2012) afirma que o desconhecimento colabora para a não detecção precoce, o que aumenta a possibilidade de sequelas funcionais e estéticas e até mesmo óbitos. Além disso, acarretar consequências para o paciente e para os serviços de saúde, ocasionando uma alta taxa de morbimortalidade (HERR et al., 2013).

O fator de risco hereditário foi um dos aspectos confirmados neste estudo, onde percebeu pelas afirmações dos entrevistados que a maior parcela refere algum caso desta patologia no histórico familiar. É nítido que o fator genético contribui para a incidência do câncer, observados nos relatos a seguir:

*“Minha tia, minha avó, minha irmã. Os que eu sei, e uma prima. O que eu sei né?” (ERVA DOCE).*

*“Já teve tio, já teve primo que até morreu, prima por parte de pai e mãe” (ALFAZEMA).*

*“... uma irmã teve no rosto. E a outra câncer de mama. 2 irmãs” (GIRASSOL).*

O Instituto Nacional do Câncer (2017) afirma que todos os indivíduos têm duas cópias de cada gene herdadas pelo pai e pela mãe, quando esse indivíduo nasce com uma falha ou alteração no gene que inibe o controle de células cancerosas, ele recebeu essa alteração por parte do pai ou da mãe, essa mutação herdada amplia o risco de surgimento da patologia maligna.

Sobre a concepção dos investigados frente à terminalidade, nota-se que nenhum dos sujeitos tem a convicção de que estão fora das possibilidades de cura, por mais que tivessem ciência a respeito do tipo de neoplasia e gravidade dos casos, conforme os relatos abaixo. Tal fato pode ser

justificado, devido a família não autorizar o médico a dar o diagnóstico de terminalidade a o paciente enfermo,

*“É eles nummm... no momento não tão falando, a não ser agora depois desses exames agora o quê que eles vão dizer, né? Mas até quando nós tinha a perna eles diziam que não, que era pra poder me salvar, tinha que tirar a perna, né? aí agora tirou a perna, agora vamos ver agora. Onde ta agora, onde ta localizado , né? Borá ver o quê que eles vão dizer , de novo” (ROSA).*

*“Não, ele ainda não disse não. Eu fui fazer um exame hoje aí deu com resultado que nós vamos receber só depois da manhã que vou saber alguma coisa” (TULIPA).*

*“Entre em tratamento, aí tava tudo okey, agora voltou novamente. Aí eu hoje conversei mais o médico aí pra vê se dar pra viver mais uns dias mais, né [risos]? [...] Eu sou uma pessoa de idade, mas ainda quero viver mais uns dias de vida mais ainda, né?” (LÍRIO).*

A negação é um dos principais meios que os familiares e profissionais utilizam para enfrentar este processo, como visto no discurso de dos entrevistados de um estudo. Este processo torna-se um mecanismo de defesa para recusar um acontecimento natural e inevitável da vida, uma vez que, estes profissionais têm dificuldades em aceitar seus próprios limites (OBA; TAVARES; OLIVEIRA, 2002).

Lírio em seu relato abrange a idade como fator de risco para desenvolvimento de neoplasias, além disso, afirma a luta contra a doença terminal até a terceira idade. A maioria dos pacientes estudados apresentou idade avançada, sendo que a faixa etária é um fator de risco para o surgimento de diversos tipos de câncer, devido ao envelhecimento da população (BRASIL, 2013b). Além disso, o tempo de vida prolongado pode promover uma série de eventos com mutações genéticas, originando vários tipos de cânceres (PRADO, 2014).

### **Humanização no cuidado**

Nesta categoria foi percebido que a enfermagem tem um papel fundamental frente à incurabilidade. O enfermeiro, além de possuir atribuições científicas, precisa se dispor e se doar emocionalmente. A enfermagem é vista como arte no cuidar. Quando o paciente é assistido de forma global, em todas as dimensões (física, psíquica, social e espiritual) percebe-se um crescimento na autoestima, desta forma há uma melhora quadro clínico do paciente, conforme os relatos:

*“São bons sim. Eles conversam quando a gente precisa eles ajudam” (ALECRIM).*

*“Dá! Na hora que a gente precisa eles tão ali” (TULIPA).*

*“São muito atenciosos aqui” (ERVA-DOCE).*

A enfermagem, principalmente, deve buscar em sua essência de cuidado, a sensibilidade para conduzir os momentos que precedem a morte, assim como os que se seguem à sua concretude, facilitando o contato entre os pais e filho, para que a sensação de vazio diminua após a perda. Além disso, os profissionais de enfermagem devem despir-se de seus medos e preconceitos, prestando assistência de qualidade, sendo solidários com a dor do outro e estabelecendo um cuidado autêntico (SILVA; SALES, 2012).

Mesmo sendo preconizada pelo ministério da saúde a importância da utilização das terapias complementares no tratamento paliativo, observou-se neste estudo a não utilização dessas práticas, talvez por falta de conhecimento dos profissionais de saúde ou por falta de adesão hospitalar, conforme o relato de margarida:

*“Eles são muito atenciosos, mas... essas coisas não acontecem não”* (MARGARIDA).

Amaral e colaboradores (2014) evidenciam que as terapias complementares se fazem necessárias nos cuidados paliativos devido a prestação de uma assistência integral aos cidadãos, contemplando os aspectos biopsicossocial e melhorando desta forma, a qualidade de vida. As práticas alternativas são técnicas de tratamento diferente das convencionais ou formais, permitindo que o doente participe ativamente do processo terapêutico (CASARIN et al.,2005).

### **Enfrentamento do processo de morte e morrer**

Durante as entrevistas, foi evidenciada a importância da espiritualidade como contribuição no enfrentamento do sofrer e do morrer. Notou-se que os entrevistados utilizam a espiritualidade como forma de motivação e conforto frente a adoecimento, conforme as falas abaixo:

*“Se não fosse Deus eu já tinha morrido já”* (JASMIM).

*“Contribui! Dar força! É maravilhoso! Se não fosse Deus eu não estava mais viva. E eu só vim aqui, ele [Deus] fez a cirurgia em mim que eu pedi muito e eu vi o médico, mas aquele é o anjo do Senhor ao meu lado. É um cochilo que tomei. Quando eu tornei em mim já tava operada dentro da UTI. Mas aquilo eu digo que foi o anjo do senhor, né?”* (ALFAZEMA).

*“Não pode se assustar tem que pegar em Deus, né? Ele existe! Um Pai poderoso. Não pode desistir, né mesmo?”* (LÍRIO).

A espiritualidade pode ser atribuída como condição de enfrentamento para cada paciente frente ao diagnóstico patológico, na qual o próprio sujeito interpreta seu processo cura-doença buscando qualidade de sobrevivência pegando-se a fé na expectativa de alívio do sofrimento e em busca da

cura física ou espiritual (PINTO *et al* 2015). Além disso, expressa a identidade de cada ser humano e é por isso que ela produz alívio ao sofrimento, permitindo uma nova perspectiva de vida para a pessoa com doença grave. O conforto do sofrimento, a sobrevivência e a cura representam um novo contexto, o da segunda chance (AQUINO e ZAGO, 2007).

Ao serem questionados sobre medo e se estavam prontos para o morrer, a maioria dos pacientes entrevistados disseram que não temiam a morte, porém não estavam prontos para morrerem, conforme os relatos abaixo:

*“Quando esse dia chegar eu to preparado, mas não quero que chegue, por isso estou aqui” [referindo-se a sala de quimioterapia] (LÍRIO)*

*“Eu creio que to, se ele quiser vir me buscar. Assim, o mais importante é o nosso nome inscrito, né? E se o meu nome está lá eu não posso dizer que não estou preparada, né? Mas não queria. Eu queria ir no arrebatamento. Eu falo hoje pro Senhor: Não queria descer a sepultura, eu queira ir no arrebatamento da igreja” (MARGARIDA).*

*“[Choro] Não é o medo de morrer em si, né? Mas, assim, eu gosto muito da minha família, eu queria ficar mais tempo com eles. Quero tanto ver meus netinhos crescer, o meu sonho era ser avó, eles são tão pequenim ainda. Mas o Senhor tem me prometido que essa enfermidade não é pra morte, ela é pra vida, como a libertação, né? Então tudo filha eu creio somente em Deus, né? Jesus Cristo ressuscitou os mortos, eu to viva ainda, né?!” (ERVA DOCE).*

Não obstante, observou-se pelo relato verbal dos entrevistados que mesmo em meio ao sofrimento, eles estavam prontos para morrer. Não pelo fato de ter ciência de estar fora das possibilidades terapêuticas, mas pelo fato de estarem esgotados fisicamente e mentalmente pela patologia.

Gama (2016) declara que temer a morte é algo normal e característico da raça humana. O medo de morrer está relacionado a várias características como: o medo do desconhecido, da solidão, da fragmentação familiar, do encerramento dos sonhos e planos, por exemplo. A morte é tida como um evento vital e peculiar que provoca dor e sofrimento, finalizando o ciclo de vida (BRÊTAS; OLIVEIRA; YAMAGUTI, 2006). Com base nisto, percebe-se que ela é um dos fenômenos mais intrigantes do ser humano (VELADO, 2008).

O cuidar está presente em todo ciclo vital desde o nascer até o morrer. O enfermeiro tem sua profissão baseada no cuidar, defrontando-se, rotineiramente, com a situação da morte que o mobiliza emocionalmente, e em algumas circunstâncias de maneira bastante intensa (NASCIMENTO *et al.*, 2012).

## CONSIDERAÇÕES

A partir dos resultados obtidos, percebe-se que o perfil dos investigados está de encontro com o preconizado pelo Ministério da Saúde, haja vista que a maioria é do sexo feminino e com idade avançada. A forma de tratamento refere à gravidade e terminalidade da doença oncológica, justificada pela forma combinada (cirurgia, quimioterapia e radioterapia).

Face ao exposto, percebeu-se que os pacientes terminais entrevistados não tinham noção que se encontravam fora das possibilidades terapêuticas, ou seja, sem possibilidade de cura médica e que tão pouco recebiam por parte da equipe de enfermagem as Terapias Complementares como forma alternativa do tratamento. Porém, os mesmos possuíam perspectiva de cura (cura divina). Além disso, os familiares possuem medos e anseios, frente a situação atual do paciente.

Foi evidenciado pelo relato dos pacientes que a enfermagem cuida de forma humanizada e isso promove qualidade de vida, conforto, além de garantir integridade emocional. Acredito que se a equipe de enfermagem fizesse o uso nos indivíduos FPT's das terapias complementares (TC), como: massoterapia, musicoterapia, acupuntura, entre outras práticas, reduziria o sofrimento, a ansiedade, o medo e aliviaria a dor.

Desta forma, ressalta-se o quão importante são as práticas integrativas complementares como tratamento paliativo humanizado, tal prática corrobora com o aperfeiçoamento da assistência prestada aos pacientes. Além disso, nota-se a pertinência da educação para morte nas instituições hospitalares, uma vez que, os pacientes não encaram a morte como um processo natural.

## REFERÊNCIAS

ALFANO, A. C. C.. **Padrão do uso de terapias alternativas/complementares por pacientes com câncer de mama metastático em quimioterapia e sua influência na qualidade de vida**. Barretos – SP, 2013.

AURELIANO, W. A.. Terapias espirituais e complementares no tratamento do câncer: a experiência de pacientes oncológicos em Florianópolis (SC). **Cad. Saúde Colet.**, 2013, Rio de Janeiro – RJ.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009

BOEMER, Magali Roseira. **Rev. da Escola de Enfermagem da USP**. Sobre cuidados paliativos.v.43, n. 3 (2009). Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/issue/view/3362>. Acessado em: 06/04/17

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 156 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos),(**Cadernos de Atenção Básica ; n. 31**) ISBN 978-85-334-1912-4

CAMINHA, L.B.; SILVA, M.J.P; LEÃO, E.R. A influência de ritmo musicais sobre a percepção dos estados subjetivos de pacientes adultos em hemodiálise.**RevEscEnferm USP**. São Paulo, 2009.

CASTRO, G. D.; **Vivências de portadores de doença renal crônica**. Brasil, 2007. Disponível em: [http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais\\_XVENABRAPSO/283.%20viv%C3%A2ncias%20de%20portadores%20de%20doen%C7a%20renal%20cr%D4nica.pdf](http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/283.%20viv%C3%A2ncias%20de%20portadores%20de%20doen%C7a%20renal%20cr%D4nica.pdf). Acesso em: 06/04/17

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – Cremesp. **Cuidado Paliativo /** Coordenação Institucional de: OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. 689 p

ELER, G. J.; JAQUES, A.E. O Enfermeiro e as Terapias Complementares para o alívio da dor. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umarama, v.10, n.3, set./dez.** PARANÁ, 2006.

FERNANDES, M.A. et al. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. **Revista eletrônica Ciência & Saúde Coletiva**, 18(9):2589-2596, João Pessoa - PB, 2013 .

FREIRE, M. E. M.; SAWADA, N. O.; FRANÇA, I.S.X.; COSTA, S.F.G.; OLIVEIRA, C.D.B. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado: uma revisão integrativa. **RevEscEnferm USP 2014**; 48(2):357-67. São Paulo – SP, 2011

GOMES, N. F. **Perfil das pacientes atendidas no projeto assistência fisioterapêutica às pacientes pós-cirurgia do câncer de mama**”. Minas Gerais –MG, 2007. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/ECJS-86QMW7>. Acesso em 11/09/17

GUTIERREZ, P. L. O que é o paciente terminal. **Rev. Assoc. Med. Bras. vol.47 no.2 April/June**. São Paulo – SP, 2001.

INCA., Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil**. 2014. ISSN ISBN 978-85-7318-237-8. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br> >.

INOCENTI, Aline; RODRIGUES, Inês Gimenes; MIASSO, Adriana Inocenti. Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos. **Rev. Eletr. Enf. 11(4):858-65**. Ribeirão Preto – São Paulo, 2009.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **ABC do câncer : abordagens básicas para o controle do câncer**. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro : Inca, 2011. 128p.

KRAUSE, Lilian Hennemann. Ainda que não se possa curar, sempre é possível cuidar. **Rev Eletrônica** do Hospital Universitário Pedro Afonso. Abr/Jun. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: [http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=322](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=322). Acesso em 03/05/16



LIMA, J.F. et al. Uso de terapias integrativas e complementares por pacientes em quimioterapia. **Rev.Enferm.** 2015;33(3):372-380.

LOPES, S.E.; BORGES, B.L. C.I. **A massagem de conforto para paciente renal crônico em tratamento hemodialítico.**v.3, nº01, 2009.

MARTINS, M.C. S. F. **ALIVIANDO O SOFRIMENTO:** O processo de acompanhamento de enfermagem ao doente em final de vida. Lisboa, 2010.

MÜLLER, A.M.; SCORTEGAGNA, D.; MOUSSALLE, L. D. **Paciente Oncológico em Fase Terminal: Percepção e Abordagem do Fisioterapeuta.** *Revista Brasileira de Cancerologia.* Rio Grande do Sul, 2011.

PEDREGOSA, J. F. et al. Perfil sócio-econômico-cultural e fatores de risco em pacientes com neoplasia intra-epitelial cervical persistente. **Arq. ciênc. saúde**, v. 17, n. 1, p. 42-47, 2010. ISSN 1807-1325.

PEREIRA, Eduardo Henrique Passos; BARROS, Regina Duarte Benevides de. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro – RJ, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/hum.html>. Acessado em: 06/04/17.

**Política Nacional de práticas integrativas e complementares no SUS** / organizadores: Leika Aparecida IshiyamaGeniole, Vera Lúcia Kodjaoglanian, Cristiano Costa Argemon Vieira. – Campo Grande, MS : Ed. UFMS : Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2011. 111 p. : il.

PORTO, G.L.A. Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos. **Rev. SBPH.** Rio de Janeiro, 2010.

RODRIGUES, A.A.; PEREIRA, N.S.S. Práticas integrativas e complementares em saúde: buscando eficácia no cuidado de enfermagem.**RevEnferm UNISA** 2011.

SÁ, E. M. C. S. A contribuição de Enfermagem para Aliviar o Sofrimento do Doente Hemato-Oncológico: Revisão de literatura. **RevEnferm: Pensar Enfermagem: vol.14, Nº 02.** Lisboa, 2010.

SANTANA, J. B.; et al. **Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem.** *Bioethikos Centro Universitário São Camilo* - 2009;3(1):77-86.

SANTOS, D. B. A .et al :Revisão da Literatura. **Revista de Iniciação Científica da Libertas.** São Sebastião do Paraíso, 2011.

SILVA, A. da C.; SOUZA, A. T. da S.; ARENAS, V. G.; BARROS, L. de F. M. de. **Ação do enfermeiro na prevenção de doenças renais crônicas: uma revisão integrativa.** Sobral, 2015

SILVA, A. E. **CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMAGEM: perspectivas para técnicos e auxiliares.** Divinópolis – MG, 2008.

SILVA, R. C. F.; HORTALE, V.A.. **Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2006.

SILVA, S. A. da; FAVA, S. M. C. L.; NASCIMENTO, M. C. do; FERREIRA, C. S.; MARQUES, N. R.; ALVES, S. de M.. Efeito terapêutico da música em portador de Insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Rev. enferm.** Rio de Janeiro, 2008.

SOUZA, R. S.; SIMÃO, D. A. D. S.; LIMA, E. D. R. D. P. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes atendidos em um serviço ambulatorial de quimioterapia paliativa em Belo Horizonte. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 38-47, 2012. ISSN 1415-2762. Belo Horizonte – MG.

SOUZA, R.S. **Pacientes Oncológicos em Quimioterapia Paliativa: perfil e relações entre sintomas, capacidade funcional e qualidade de vida.** 2011. 96f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

SUSAKI, T. T.; SILVA, M. J. P. da; POSSARI, J. F. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem. **Acta Paul Enferm** 2006;19(2):144-9. São Paulo – SP, 2006.

TAVEIRA, V. L. B. **Cuidados paliativos: Percepções e Práticas dos Profissionais de Saúde do Serviço de Medicina Paliativa do Fundão.** Covilhã - Portugal, 2011.

VICENTE, Â. N. M.. **O uso da música nas práticas de enfermagem: uma revisão integrativa.** Porto - RG, 2011

## **CAPÍTULO 7**

### **CUIDADOS PALIATIVOS: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE À TERMINALIDADE**

*Euzamar de Araújo Silva Santana*

*Emily Quintana Xavier de Araujo*

*Ruhena Kelber Abrão*

#### **CUIDADOS PALIATIVOS: FUNDAMENTOS**

A pirâmide etária da população brasileira vem sofrendo alterações em resposta à mudança de alguns indicadores de saúde como a queda da fecundidade, da mortalidade e o aumento da esperança de vida, o que leva ao crescimento da população idosa. Neste íterim, a expectativa para o Brasil é de que no ano de 2050 existirão mais idosos do que crianças abaixo de 15 anos, com uma estimativa de cerca de dois bilhões de idosos no mundo (BRASIL, 2006). Segundo a última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, o Brasil possui 24,8 milhões de idosos, ou seja, 12,6% da população total (IBGE, 2012).

Tendo em vista as particularidades decorrentes do processo de envelhecimento, as doenças e agravos têm se tornado cada vez mais expressivas na sociedade, principalmente as doenças e agravos crônicos que requerem acompanhamento constante. Somado a isto, um avanço tecnológico alcançado principalmente a partir da segunda metade do século XX e o desenvolvimento da terapêutica, provocou uma mudança na apresentação e gravidade das doenças – que anteriormente eram mortais – transformaram-se em doenças crônicas, aumentando o tempo de vida do portador (ANCP, 2012).

Outra mudança evidenciada, concomitante à transição demográfica supracitada, trata-se da transição epidemiológica. Este processo evidencia a mudança do perfil de mortalidade por doenças infecciosas para um perfil onde predominam óbitos por doenças cardiovasculares, causas externas, doenças crônico-degenerativas e neoplasias (WAGNER, 2013).

O aumento da sobrevida decorrente do avanço tecnológico da medicina resultou no desenvolvimento de uma abordagem focada na cura, que deixa em segundo plano os cuidados e intervenções voltados ao bem estar geral do paciente e à promoção de um fim de vida digno (GEORGIA; MELO, 2008), deste modo, alcançar maior longevidade não quer dizer – necessariamente – que o portador da doença irá desfrutar de melhor qualidade de vida (GOMES; OTHERO, 2016).

Desta forma, em decorrência às mudanças ocorridas no perfil da saúde – evidenciadas pelo crescimento progressivo da população idosa e a transição epidemiológica com o consequente aumento de doenças não transmissíveis – temos um número elevado de pacientes que necessitam de uma abordagem de atenção voltada ao paliativismo, uma vez que a evolução da doença e/ou o avanço da idade levam os pacientes a um quadro terminal, sem possibilidades de cura. Nessa perspectiva é fundamental que os profissionais de saúde compreendam que mesmo não havendo cura, é possível cuidar, através de uma abordagem interdisciplinar, onde o objetivo principal é promover qualidade de vida até a finitude.

Outro aspecto a ser considerado é que o homem contemporâneo tem medo da morte e age como se a mesma estivesse distante da sua realidade, evitando inclusive abordar o assunto, o que pode está relacionado ao modelo de *morte moderna*, onde o ser humano sofre um processo de despersonalização, exposto a desumanização e ao empoderamento da classe médica (HERMES; LAMARCA, 2013).

Essas questões evidenciam a necessidade de uma formação profissional voltada não somente ao cuidado que objetiva a cura e reabilitação do indivíduo na sociedade, mas, fazem-se necessários profissionais que compreendam a morte como um processo natural e desenvolvam um processo de cuidar voltado para as necessidades do fim da vida tais como conforto, alívio da dor e suporte psicológico.

Krause (2012) ressalta que a morte é um processo natural e inerente a vida, neste contexto, cabe ressaltar que as intervenções de enfermagem por meio dos cuidados paliativos, ainda que não possam curar, aliviam o sofrimento e podem proporcionar qualidade de vida e morte aos doentes terminais. De acordo com Hermes e Lamarca (2013) o termo “cuidados paliativos” é definido como a intervenção de uma equipe multiprofissional a pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura. “O termo paliativo tem sua origem no latim *palliun* que significa manto, proteção, ou seja, proteger aqueles em que a medicina curativa já não mais acolhe.”

A origem dos cuidados paliativos se confunde historicamente com o movimento *hospice*, termo utilizado para descrever abrigos que acolhiam e cuidavam de pessoas adoecidas e forasteiros. Em 1967 a enfermeira, assistente social e médica inglesa, Cicely Saunders, através da fundação do Saint Christopher Hospice, no Reino Unido, dá início a uma nova filosofia de cuidado de doentes sem possibilidades terapêuticas de cura, assistindo-os de forma integral, do controle dos sintomas ao alívio da dor e sofrimento psíquico.

A primeira definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre Cuidados Paliativos, liberada em 1990, considera este como um cuidado ativo e total para os indivíduos com patologias sob as quais não havia possibilidade de cura, entretanto, em 2002, foi lançada uma versão atualizada

desse conceito, abrangendo tanto o paciente quanto seus familiares, ressaltando a importância da identificação precoce e enfatizando a necessidade de um tratamento holístico, com cuidados voltados a dor e agravos de natureza biopsicosocioespíritual (ANCP, 2012).

Os Cuidados Paliativos fundamentam-se no compartilhamento de conhecimentos provenientes de uma equipe interdisciplinar, que precisa atuar de forma harmoniosa em prol de um único objetivo que é minimizar a dor e o sofrimento do paciente sem possibilidades terapêuticas, promovendo-lhe conforto e qualidade de vida e de morte. Neste sentido a OMS instituiu em 1986 e reafirmou em 2002 os princípios que regem as ações da equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos, listados a seguir (ANPC, 2012).

### **Princípios dos Cuidados Paliativos**

- Fornecer alívio para dor e outros sintomas estressantes;
- Reafirmar a vida e a morte como processos naturais;
- Integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado do paciente;
- Não apressar ou adiar a morte;
- Oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente, em seu próprio ambiente;
- Oferecer um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até sua morte;
- Usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto.

### **ASSISTÊNCIA AO PACIENTE TERMINAL: DIFICULDADES**

O cuidado paliativo é um modelo de assistência que por ser de baixo custo pode contemplar um número grande de pessoas. Apesar de já consolidado em muitos países, sobretudo naqueles desenvolvidos, ainda é recente em países em desenvolvimento como o Brasil e são inúmeros os obstáculos enfrentados para que o cuidado paliativo possa de fato se efetivar em nosso país e para que tenhamos uma vida e morte dignas e com qualidade. Como exemplos, vale destacar a precariedade da educação para cuidados paliativos e a deficiência nas políticas públicas que controlam o fornecimento de drogas utilizadas para o controle da dor.

Silva et al (2015) apontam como dificuldade na assistência paliativista a formação profissional, que reflete a falta de preparo para lidar com situações como o complexo processo de

morrer. Hermes e Lamarca (2013) apontam em sua pesquisa que os enfermeiros relatam que o currículo profissional dessa categoria carece de disciplinas voltadas aos cuidados paliativos e às questões voltadas à finitude da vida, dessa forma, os profissionais sentem-se despreparados ao se depararem com estes pacientes no cotidiano de trabalho.

Segundo o estudo de Cruz (2013), na maioria das vezes as experiências se dão apenas ao ingressarem na prática profissional, o que dificulta o trabalho de forma geral. Outro aspecto refere-se ao tabu construído sobre a morte que reflete na percepção dos profissionais de saúde sobre sua atuação, ao considerarem a morte como um fracasso na atenção ao invés de um episódio que faz parte da vida (HERMES; LAMARCA 2013). As autoras revelam ainda, que devido a proximidade e interação constante com os pacientes, a categoria da enfermagem refere um desgaste emocional muito forte ao acompanhar de perto a dor e sofrimento dos pacientes.

Assistir ao paciente no fim da vida é uma tarefa árdua, acarretando ao profissional de saúde, especialmente os de enfermagem que estão em contato direto e permanente com o paciente e seus familiares, um desgaste físico e psicológico; sentimentos de impotência, frustração, tristeza, perda e culpa, são comuns e podem levar o profissional a se afastar da situação, trazendo desespero e estresse. É fundamental o equilíbrio emocional da equipe, haja vista que esta na maioria das vezes é o amparo do paciente e de seus familiares colaborando para o enfrentamento do processo morte (SUSAKI; SILVA; POSSARI, 2006).

Diante de sua fragilidade o doente busca na equipe de saúde, profissionais que possam lhe atribuir carinho e apoio nesse momento tão difícil, preferindo trabalhadores que lhes assegurem respeito e dê atenção às suas necessidades oriundas da patologia. Percebe-se aí que é de praxes a criação de vínculos afetivos por parte do servidor, pois faz parte da característica humana o envolver-se com o outro, quando este se encontra em situação de vulnerabilidade (MULLER; SCORTEGAGNA; MOUSSALLE, 2011).

O estabelecimento de uma comunicação estreita entre a equipe de cuidados paliativos e o doente em fim de vida é inevitável e indispensável de modo que os profissionais devem conhecer bem o paciente terminal, uma vez que no estágio final da vida a comunicação oral poderá ser impossibilitada e o cuidador deverá obter habilidades para decodificar a informação, reduzindo a aflição daquele que está a morrer, proporcionando qualidade de vida até a finitude.

Outras dificuldades elencadas dizem respeito à carência de recursos materiais e humanos e a ausência de estrutura física adequada que impedem uma assistência qualificada, individualizada e humanizada (SILVA, 2015).

## O CUIDADO DIANTE DA IMPOSSIBILIDADE DE CURA

Os seres humanos sentem-se ameaçados pela ciência de que nascemos, crescemos, nos desenvolvemos e obrigatoriamente um dia morremos. Diante deste pressuposto, o cuidar do sofrimento e da dor são o alicerce na busca pela dignidade frente à enfermidade (PORTO; LUSTOSA, 2010).

Eler e Jaques (2006) destacam que a enfermagem é protagonista na recuperação da clientela, apreciando sentimentos e cooperando para o progresso da autoestima dos pacientes, sendo pioneira na adoção de terapias complementares e práticas integrativas que assegurem uma assistência integralizada e humanizada, minimizando a dor e proporcionando qualidade de vida para os indivíduos no ambiente hospitalar e domiciliar.

Ao assistir pacientes que já estão sem possibilidades terapêuticas e em estágio avançado da doença, a vigilância e o cuidado deverão estar voltados às limitações e necessidades, uma vez que a morte é iminente e o tempo que ainda lhe resta de vida é pouco, restrito há meses, semanas, dias ou horas. Neste contexto, a assistência será fundamentada no bem estar biosociopsicoespiritual visando minimizar o sofrimento durante a finitude do indivíduo, exigindo de toda a equipe um olhar amoroso, nobre e atento (FERNANDES; EVANGELISTA; PLATEL et al, 2013).

De acordo com Aureliano (2013), enquanto sujeito o homem está vinculado à comunidade, classe social, credo e grupo religioso. Nesta perspectiva, muitos buscam a espiritualidade como fonte alternativa de cura para a doença terminal. O tratamento espiritual possibilita benefícios e sua eficácia foi comprovada em alguns casos, de modo que, quando se crer em algo, potencializa o tratamento medicamentoso, elevando a possibilidade de recuperação e prolongando a expectativa de vida. Neste ínterim, o enfermeiro ao considerar o doente terminal como ser holístico deverá incentivar a prática de sua espiritualidade, respeitando a individualidade de cada um.

A patologia terminal se caracteriza por determinadas situações clínicas, dentre elas está a “doença em fase avançada progressiva e incurável”. À medida que a doença progride aumenta a necessidade dos cuidados paliativos, estes passam a ser exclusivos até o final da vida (MULLER; SCORTEGAGNA; MOUSSALLE, 2011). Eler e Jaques (2006) destacam a dor, como aspecto relevante na doença terminal oncológica, um dos sentimentos mais temidos em relação ao sofrimento, de caráter subjetivo. Neste sentido, o enfermeiro deve ter abordagem humanística e holística, com compreensão e empatia para entender o cliente com dor, necessitando estar atento às queixas do paciente e buscar alternativas que visam minimizar a dor e reduzir o sofrimento, assegurando o direito do enfermo a viver e morrer com dignidade.

Em virtude da situação terminal, é comum que os doentes apresentem um ou mais sintomas ao mesmo tempo. Estes sintomas podem ser de ordem física, espiritual e psicológica decorrentes de todo o processo enfrentado na evolução da doença. Tendo como foco a manutenção da qualidade de vida do indivíduo, torna-se importante prevenir, identificar, avaliar e intervir nestes sintomas para um controle adequado das necessidades da doença e para que o cuidado seja mais assertivo e eficaz (VICENSI et al, 2016).

Para que se tenha uma avaliação fidedigna desses sintomas, a correta identificação dos mesmos é de extrema importância, e é a etapa fundamental que irá subsidiar o manejo adequado dos mesmos. Para auxiliar nessa identificação, diversos instrumentos e escalas validadas para o português, proporcionam ao profissional, parâmetros de identificação de sintomas como a dor, risco de desenvolvimento de lesões, nível de cognição e consciência e estado geral do paciente.

O papel do enfermeiro no controle de sintomas inclui desde a identificação, classificação, mensuração de intensidade e localização até identificação de fatores desencadeantes e fatores de alívio dos mesmos. O enfermeiro, neste contexto, precisa conhecer as diferentes terapêuticas e suas indicações, ações, eventos adversos e dosagens. Controlar os sintomas identificados demanda planejamento de ações que podem ser farmacológicas ou não, no entanto os sintomas podem mudar frequentemente, exigindo do enfermeiro atenção e reavaliações periódicas conforme mostrar-se necessário. Mediante as reavaliações, podem ocorrer mudanças na conduta que objetivam sempre ações preventivas de sofrimento dos pacientes e seus cuidadores.

Alguns sintomas e seus respectivos cuidados de enfermagem serão apresentados a seguir:

- **Alteração do sono/vigília** – pode ocorrer por diversas causas como depressão, ansiedade, falta de controle da dor e efeitos colaterais de fármacos, entre outros.
- As ações de enfermagem empregadas envolvem desde administração de fármacos - mediante prescrição médica - que trazem alívio dos sintomas, até mudanças comportamentais como, manter o ambiente tranquilo à noite, evitar longos períodos de sono durante o dia, adequar os horários das medicações de modo a não interromper o sono noturno, dentro do possível;
- **Náusea e vômito** – podem ser decorrentes de várias etiologias como uso de drogas, infecções, quimioterapia e radioterapia, ansiedade e medo, constipação entre outras. Para uma intervenção eficaz, o enfermeiro deve realizar uma investigação adequada bem como conhecer o doente, a evolução de sua doença e os tratamentos utilizados. Além do tratamento farmacológico orientado pelo médico, o enfermeiro pode atentar-se para indicar posições de conforto, orientar sobre alimentação no que diz respeito à quantidade, frequência e consistência do alimento, além de promover técnicas de relaxamento;



- **Dispneia** – Assim como os demais sintomas, sua origem é multifatorial e o tratamento deste sintoma tem o objetivo de promover alívio e conforto não almejando promover a cura da doença base. Os tratamentos farmacológicos são diversos, no entanto, a enfermagem pode desenvolver diversas ações de conforto como a elevação do decúbito, uso de oxigênio suplementar, orientar posição de conforto, abertura de janelas e posicionar ventiladores próximos ao paciente;
- **Dor** – A dor pode ser causada por diversos fatores como a própria doença (lesão de tecidos), advir do tratamento (pós-operatório, lesões pós-quimioterapia), condições decorrentes da doença (lesão por pressão, constipação) dentre outras (INCA, 2001).
- Porém, a severidade da dor não é diretamente proporcional à quantidade de tecido lesado, muitos fatores podem estar relacionados à piora desse sintoma como: fadiga, depressão/ansiedade, raiva, medo e sentimentos de falta de esperança. Portanto, uma boa avaliação é necessária e o enfermeiro deve estar atento a essas questões.

Nesse contexto, o controle da dor pode ocorrer por meio de intervenção farmacológica, cabendo ao enfermeiro além da administração ou supervisão desta, controlar e cumprir os horários prescritos com o intuito de que a próxima dose seja administrada antes que o efeito da anterior acabe. Associado ou não ao método farmacológico, algumas medidas não farmacológicas para o alívio da dor podem ser empregadas como compressas quentes (diminui isquemia e aumenta fluxo sanguíneo e relaxamento muscular) ou frias (diminuição de fluxo sanguíneo e diminuição de edema). Outras medidas incluem massagens, exercícios suaves e alongamentos, relaxamento e técnicas de distração (INCA, 2001).

- **Lesões de pele** – Com a evolução da doença, é comum o comprometimento da mobilidade física, estando os pacientes mais propensos ao desenvolvimento de lesões cutâneas. Outros fatores como incontinência urinária e/ou fecal e a desnutrição também contribuem para o aparecimento de lesões por pressão. Visando a prevenção, conforto e alívio do incômodo e dor decorrentes das lesões, o enfermeiro deve realizar uma avaliação diária, promovendo ações preventivas como reposicionamento periódico no leito, utilização de superfícies de apoio como colchões de espuma, coxins para proeminências ósseas, uso de travesseiro entre as pernas, evitar fricção no leito, manter sempre cama limpa, seca e sem dobras, manter a pele hidratada, utilizar barreiras protetoras como hidrocolóide, filmes transparentes e outros bem como utilizar agentes tópicos disponíveis no mercado como cremes.

Estes e outros sintomas apresentados pelos pacientes terminais podem mudar frequentemente, devendo a equipe, está atenta e realizando reavaliações periodicamente para poder planejar ações que previnam o sofrimento dos doentes e seus familiares e ainda seja capaz de estimular a autonomia do paciente, conforme possível, até o momento de sua morte.

Sob o ponto de vista holístico, ao proporcionar assistência à saúde, o profissional visa harmonizar e equilibrar entre si todas as dimensões do ser humano, atuando não só no corpo físico, mas, também, nas energias mais sutis que formam o indivíduo. Com isso, cresce a necessidade da busca por outros modelos de tratamento com enfoque na qualidade da assistência ao indivíduo e as práticas integrativas e complementares surgem como uma alternativa de assistência humanizada ao paciente, entre elas podemos destacar, a Medicina Tradicional Chinesa, a Medicina Antroposófica, Fitoterapia, Musicoterapia e Massoterapia, dentre outros (RODRIGUES; PEREIRA, 2011; BRASIL, 2012).

## **PAPEL DO ENFERMEIRO NOS CUIDADOS PALIATIVOS**

Cada ser humano nasce livre e igual em direitos e dignidade, dessa forma é obrigação do profissional de saúde assistir em todos os ciclos de vida do sujeito. Para tal, não adianta apenas reiterar a vida, mas também enfrentar a morte como um curso natural, buscando o conforto e auxiliando-o a viver extraordinariamente até o fim, se possível. O enfermo necessita ser visto como ser holístico, para isso é necessário empatia e humanização (SANTANA; CAMPOS; BARBOSA *et al* 2009). Neste sentido, faz-se necessário vincular o cuidado paliativo à asserção humanização não como uma ação obrigatória, mas como algo benevolente, um ato de respeito. A concepção de humanização é mais abundante quando está relacionada ao paciente terminal, desta forma deve ser discutida e executada por profissionais da saúde em toda sua magnitude.

A enfermagem, segundo a Organização Mundial da Saúde, engloba o cuidado autônomo e colaborativo de indivíduos de todas as idades, famílias, grupos e comunidades, doentes ou sadias e em todos os contextos. Inclui a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o cuidado de pessoas doentes, deficientes e morrendo. O cuidado é a essência da prática de enfermagem, pois se faz presente em todos os momentos do cotidiano de sua atuação transcendendo para além do cuidado direto e da execução de procedimentos. O cuidado ocorre de todas as formas pelas quais ocorre a relação terapêutica junto ao enfermo, através de um olhar atento, de uma escuta compreensiva ou na expressão de palavras afetuosas de conforto (VICENSI *et al*, 2016).

Neste contexto, o papel da enfermagem é fundamental não só em virtude das técnicas empregadas, mas por estar em contato direto e contínuo com os pacientes, de forma processual,

dialógica, interativa e subjetiva inerente ao cuidado com a vida. O enfermeiro, em especial, é o profissional que faz a interface entre membros da equipe de saúde, com a família, comunidade e com o ambiente onde ele executa seu trabalho. Desta forma, este profissional atua desde a interação com cada cliente, até articulações mais complexas com a equipe multiprofissional e com familiares (ANCP, 2012).

No entanto, no âmbito dos cuidados paliativos, há uma exigência ainda maior da equipe de saúde, uma vez que é necessário se ampliar o olhar do cuidado para as famílias, acompanhante e equipe de cuidadores que, neste momento tão específico do tratamento convergem sua atenção não mais para a cura, mas para estrutura do cuidado (ANCP, 2012). Desta forma, não só o enfermeiro, mas toda a equipe assistencial deve almejar, nos cuidados paliativos, a qualidade de vida e o conforto físico e espiritual do paciente bem como de seu cuidador (VICENSI et al, 2016).

## **CUIDADOS PALIATIVOS EM DOMICÍLIO**

Ao reconhecer que estão na fase de fim da vida, os doentes geralmente preferem ir para seus lares, o que por vezes pode representar a despedida do seu ambiente, de pessoas ou situações que lhes são importantes. No entanto, pode haver a resistência de familiares em relação a esta decisão, uma vez que estes temem serem abandonados pelo serviço de saúde; perderem a oportunidade de retornar ao hospital caso não consigam manter o doente no domicílio e ainda podem se sentir menos assistidos (VICENSI et al, 2016).

Neste íterim, tanto o enfermeiro quanto os demais membros da equipe assistencial, devem oferecer um suporte seguro para esses doentes e seus familiares, reforçando a possibilidade de uma permanência domiciliar, enfraquecida pelos mitos incorporados atualmente pela sociedade em relação à morte. O suporte domiciliar em cuidados paliativos deve oferecer controle efetivo dos sintomas e promover a dignidade do indivíduo no processo de morte (VICENSI et al, 2016).

Porém, expandir o cuidado paliativo para o âmbito familiar, leva para o domicílio significativas responsabilidades e conseqüentemente a presença deste paciente com pouco tempo de vida, traz um intenso estresse familiar. Neste contexto, a equipe assistencial deve possuir habilidades de ouvir o doente e sua família, comunicar as notícias do caso com uma linguagem acessível, desenvolvendo ações de conforto visando qualidade de vida, independente de quanto ela dure (VICENSI et al, 2016).

O cuidado paliativo não se restringe ao doente terminal e não acaba com a sua morte, a família/acompanhante e os cuidadores também são receptores desta ação. O cuidador pode ou não,

ser um membro da família e é o indivíduo responsável por todos os cuidados do doente no domicílio, estando sujeito a sofrimentos que envolvem aspectos emocionais, físicos, sociais e financeiros, entre outros. Portanto, assim como os doentes, os cuidadores demandam necessidades específicas e devem estar sob o olhar atento da equipe de atenção domiciliar.

## CONSIDERAÇÕES

Tendo em vista o atual contexto de mudança demográfica e epidemiológica evidenciadas pela crescente demanda de pacientes que necessitam de cuidados paliativos e a escassez de cursos de graduação e pós-graduação que capacitem os profissionais para a atuação frente à pacientes em fim de vida, torna-se importante a formação adequada para compor equipes bem treinadas no atendimento paliativista a fim de que saibam atuar desde o importante controle da dor e promoção de conforto até a imprescindível promoção de uma finitude com dignidade, cuidado, respeito e apoio familiar.

O cuidado paliativo enquanto filosofia assistencial, por ser de baixo custo e fácil aplicabilidade pode contemplar uma parcela expressiva da população e deve envolver uma equipe interdisciplinar, no qual o saberes possam ser complementados e as responsabilidades compartilhadas, com vistas a atenuar a dor e minimizar o sofrimento advindo da terminalidade. O enfermeiro, por estar em contato permanente com o paciente, o que favorece o estreitamento de laços, assume papel fundamental no cuidado do doente terminal, que passa a ter esse profissional como um suporte, um amparo. O estabelecimento de vínculos e a frequente perda de pacientes que se tornaram entes queridos pode ocasionar no profissional de saúde um sofrimento psíquico intenso, repercutindo em adoecimento.

Neste contexto, cabe destacar a importância de que os profissionais de saúde sejam preparados desde a graduação para lidar com as frustrações, perdas e dores físicas e emocionais provenientes do contato direto com a morte, de modo que uma vez preparados, possam além de atuarem com equilíbrio emocional, contribuir para a manutenção da estabilidade emocional do paciente e de seus familiares. Com isso, ressaltamos o papel das instituições de ensino na formação desses profissionais para lidar com os extremos da vida, início e o término.

## REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Ampliado e atualizado. 2ª edição. Org.: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique A. Fonseca. 2012.

AURELIANO, W. de A. Terapias espirituais e complementares no tratamento do câncer: a experiência de pacientes oncológicos em Florianópolis (SC). **Cad. Saúde Colet.**, 2013, Rio de Janeiro – RJ.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor**. Rio de Janeiro: INCA, 2001. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual\\_dor.pdf](http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual_dor.pdf)>. Acesso em: 02 Abr. de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 156 p.: il. – Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica; n. 31, ISBN 978-85-334-1912-4.

CRUZ, R. A. O. et al. Reflexões acerca dos cuidados paliativos no contexto da formação em enfermagem. **Rev enferm UFPE online**, Recife, 10(8):3101-7, ago., 2016.

ELER, G. J.; JAQUES, A. E. **O Enfermeiro e as Terapias Complementares para o alívio da dor**. Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama, v.10, n.3, set./dez. PARANÁ, 2006.

FERNANDES, M. A.; EVANGELISTA, C.; PLATEL, I. C. S.; AGRA, G.; LOPES, M. S.; RODRIGUES, F. A. **Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9):2589-2596, João Pessoa - PB, 2013 .

GEORGIA, A.; MELO, C. Os cuidados Paliativos nos Brasil. **Revista Brasileira de Cuidados Paliativos**, São Paulo, n.1, v.1, 2008.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B., Cuidados Paliativos **Estud. av.**, São Paulo , v. 30, n. 88, p. 155-166, Dec. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142016000300155&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000300155&lng=en&nrm=iso) . Acesso em: 28 Mar. 2018.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(9):2577-2588, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação do Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2011**. Rio de Janeiro. IBGE; 2012. 19p.

KRAUSE, L. H. Dor no Fim da Vida: Avaliar para Tratar. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**. UERJ. Ano 11, Abril / Junho de 2012.

MULLER, A. M.; SCORTEGAGNA, D.; MOUSSALLE, L. D. Paciente Oncológico em Fase Terminal: Percepção e Abordagem do Fisioterapeuta. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio Grande do Sul, 2011.

PORTO, G.; LUSTOSA, M. A. Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos. **Rev. SBPH**. Rio de Janeiro, 2010.

RODRIGUES, A. A.; PEREIRA, N. S. S. Práticas integrativas e complementares em saúde: buscando eficácia no cuidado de enfermagem. **Rev. Enferm. UNISA**, 2011.

SÁ, E. M. C.S.. A contribuição de Enfermagem para Aliviar o Sofrimento do Doente Hemato-Oncológico: Revisão de literatura. **Rev Enferm: Pensar Enfermagem**: v.14, Nº 02. Lisboa, 2010.

SANTANA, J. C. B.; PAULA, K. F. de; CAMPOS, A. C. V.; REZENDE, M. A. E.; BARBOSA, B. D. G.; DUTRA, B. S.; BALDESSARI, C. E. F. **Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem**. Bioethikos Centro Universitário São Camilo - 2009;3(1):77-86.

SILVA, M. M *et al*. Cuidados paliativos na assistência de alta complexidade em oncologia: percepção de enfermeiros. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. 19(3) Jul-Set 2015.

SUSAKI, T. T.; SILVA, M. J. P.; POSSARI, J. F. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem. **Acta Paul Enferm**, 2006;19(2):144-9. São Paulo – SP, 2006.

VICENSI, M. C. et al. **Enfermagem em cuidados paliativos**. COREN/SC orienta. Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina: Letra Editorial, 2016. 60p. v.4.

WAGNER, D. **Estado da arte dos cuidados paliativos oncológicos**: retrato da assistência no município de Juiz de Fora – MG. 2013. **Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva**, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.

## Sobre a organizadora e o organizador



### **Euzamar de Araujo Silva Santana**

Graduada em Enfermagem PUC/GO. Mestre em Ensino em Ciências e Saúde (UFT). Professora Assistente I nos Cursos de Graduação em Enfermagem e Odontologia na Faculdade de Imperatriz (Facimp/Wyden). Professora na Pós-graduação do Instituto de Ensino, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico (UNITECMA). Tem experiência em Saúde Pública e Privada na Atenção Básica e Especializada, com ênfase na estratégia saúde da família, enfermagem obstétrica, clínica cirúrgica e oncologia.



### **Ruhena Kelber Abrão Ferreira**

Doutor em Educação em Ciências, Química da Vida e Saúde (UFRGS). Mestre em Educação Física (UFPel). Graduado em Pedagogia e Educação Física (FURG). Professor Adjunto da Universidade Federal do Tocantins (UFT). Coordena, desde 2016, o Centro de Desenvolvimento do Esporte Recreativo e do Lazer, Rede CEDES. Membro do Grupo de Pesquisa HEALth, pHYsical activity and Behavior ReseArch (HEALTHY-BRA).

## Sobre as autoras e os autores

### **Carla Patrícia Ramos Nunes**

Graduação em Enfermagem (UNISULMA)  
Especialização em Saúde da Família (IESMA)  
E-mail: [agro\\_patynunes@hotmail.com](mailto:agro_patynunes@hotmail.com)

### **Elisane Barros de Sousa**

Graduação em Serviço Social (UFT)  
Mestrado em Serviço Social (UFT)  
E-mail: [helyzani@gmail.com](mailto:helyzani@gmail.com)

### **Emily Quintana Xavier de Araujo**

Graduação em Enfermagem (Estariam)  
Mestrado em Ensino em Ciências e Saúde (UFT)  
E-mail: [emillyquintana@hotmail.com](mailto:emillyquintana@hotmail.com)

### **Euzamar de Araujo Silva Santana**

Graduação em Enfermagem (PUC-Goiás)  
Especialização em Saúde da Família (UFMA)  
Mestrado em Ensino em Ciências e Saúde (UFT)  
E-mail: [euzamar\\_rio@hotmail.com](mailto:euzamar_rio@hotmail.com)

### **Gessyca Maria Diniz Dariz**

Graduação em Enfermagem (FACIMP)s  
E-mail: [gessyca.mdd@gmail.com](mailto:gessyca.mdd@gmail.com)

### **Giovanna Maria Barros Almeida**

Graduação em Enfermagem (FACIMP)  
E-mail: [giovannamaria1997@gmail.com](mailto:giovannamaria1997@gmail.com)

### **Khristyele Coelho de Souza**

Graduação em Enfermagem (FACIMP)  
E-mail: [iskcoelho2016@hormail.com](mailto:iskcoelho2016@hormail.com)

### **Roberto de Araújo Oliveira**

Graduação em Enfermagem (FIESC)  
Especialização em Saúde da Família (FIARA)  
E-mail: [enfermeiro.roberto@hotmail.com](mailto:enfermeiro.roberto@hotmail.com)

### **Ruhena Kelber Abrão**

Graduação em Educação Física (FURG)  
Mestrado em Educação Física (UFPel)  
Doutorado em Educação em Ciências, Química da vida e Saúde (UFRGS)  
E-mail: [kelberabrao@uft.edu.br](mailto:kelberabrao@uft.edu.br)



# Índice Remissivo

Adesão.....	4, 6, 9, 14, 22, 23, 24, 26, 27, 29, 30, 33, 35, 36, 38, 42, 43, 44, 100
Assistência de enfermagem.....	5, 7, 9, 50, 51, 55, 56, 57, 58, 61, 63, 66, 67, 69
Câncer..	4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 73, 74, 76, 77, 80, 81, 83, 84, 85, 86, 88, 89, 95, 96, 97, 98, 99, 102, 103, 116
Colo do Útero..	5, 6, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 56, 60, 64, 74, 97
Cuidados de Enfermagem.....	4, 6, 9, 47, 48, 53, 58, 63, 65, 111
Cuidados Paliativos.....	1, 2, 4, 7, 8, 9, 10, 32, 37, 50, 55, 56, 57, 64, 69, 70, 71, 73, 75, 76, 77, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 88, 100, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 113, 114, 115, 116, 117
Espiritualidade.....	7, 75, 95, 100, 110
Finitude.....	4, 8, 62, 70, 76, 78, 79, 83, 92, 107, 109, 110, 115
HPV.....	6, 12, 23, 35, 37, 59
Humanização.....	7, 18, 51, 75, 86, 89, 90, 91, 95, 99, 113
Morrer.....	64, 70, 71, 75, 76, 80, 82, 83, 89, 92, 100, 101, 105, 109, 110, 117
Morte...	6, 7, 8, 12, 35, 37, 43, 47, 48, 58, 59, 61, 64, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 95, 100, 101, 102, 107, 108, 109, 110, 113, 114, 115
Neoplasias.....	6, 17, 36, 38, 47, 50, 53, 69, 99, 106
OMS.....	18, 48, 74, 84, 85, 107, 108
Organização Mundial de Saúde.....	18, 74, 76, 84
Papiloma Vírus Humano.....	6, 12, 37, 45, 59
Patologia....	5, 7, 8, 12, 54, 58, 60, 61, 62, 64, 65, 69, 70, 71, 73, 74, 84, 87, 89, 92, 98, 101, 107, 109, 110

Políticas públicas.....	4, 12, 19, 20, 45, 47, 54, 55, 85, 108
Prevenção....	5, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 40, 41, 43, 44, 45, 49, 51, 54, 55, 56, 64, 67, 78, 83, 104, 112, 113
Qualidade de Vida.....	4, 8, 18, 19, 20, 32, 45, 48, 63, 64, 67, 68, 70, 74, 75, 76, 77, 78, 80, 81, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 94, 97, 98, 100, 102, 103, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 114
Quimioterapia.....	11, 39, 40, 45, 50, 54, 56, 58, 60, 61, 67, 95, 97, 98, 101, 102, 104, 105, 111, 112
Sistema Único de Saúde.....	18, 31, 32, 42, 80, 86, 90
SUS....	4, 11, 12, 13, 19, 22, 31, 39, 42, 44, 45, 47, 49, 55, 65, 66, 76, 86, 87, 90, 92, 93, 95, 100, 101, 104, 105, 109, 117
Terapias Complementares.....	7, 8, 86, 91, 92, 94, 95, 100, 102, 103, 110, 116
Terminalidade.....	7, 8, 10, 62, 65, 78, 84, 86, 87, 94, 95, 98, 99, 102, 106, 115
Tumores.....	35, 36, 46, 50, 54, 59, 64, 74

ISBN 978-658997356-0



9

786589

973560